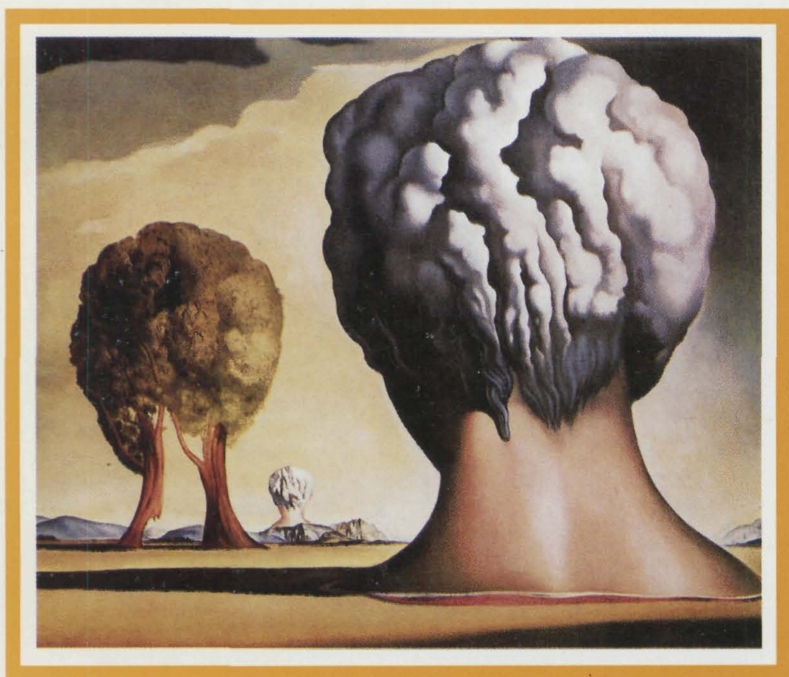
EUGÈNE MINKOWSKI

SCHIZOFRENIA



editura
IRI

Coordonatorul colecției: dr. LEONARD GAVRILIU
Redactor de carte: MARIA STANCIU
Concepția grafică a copertei colecției: VENIAMIN & VENIAMIN
Tehnoredactor: DANIELA NIȚU

ISBN 973–98377–7–8

MICA BIBLIOTECĂ DE PSIHOLOGIE

EUGÈNE MINKOWSKI

SCHIZOFRENIA

Psihopatologia schizoizilor și schizofrenicilor

Traducere, avanprefață și note de
dr. LEONARD GAVRILIU



EDITURA IRI
București, 1999

Traducerea s-a făcut după volumul
Eugène Minkowski, *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*
Éditions Payot & Rivages, Paris,1997

CUPRINS

AVANPREFAȚĂ

„Aud cum se destramă
un suflet..."
ION BARBU
(1919)

Faptul că în ultimii ani, în fond pe urmele concepțiilor lui Emil Kraepelin și Eugen Bleuler, și punându-se în valoare posibilitățile extraordinare ale tehnicilor moderne de investigație (*Computerized Tomography* – CT, *Positron Emission Tomography* — PET, *Single Photon Emission Computerized Tomography* – SPECT, *Magnetic Resonance Imaging* – MRI etc.), s-au identificat numeroase aspecte semnificative în anatomopatologia și fiziopatologia creierului bolnavilor de schizofrenie, dereglări importante în sistemele neurotransmițătorilor, ceea ce înmormântează definitiv ideea că am avea de-a face cu o afecțiune „endogenă", lipsită de „substrat organic" nu exclude deloc legitimitatea abordării psihologice/psihopatologice a schizofreniei, din moment ce nici un fel de *scanare* nu ne poate preciza absolut nimic cu privire la ceea ce Eugène Minkowski – pe filiera unei influențe freudiene perene – numește *conținutul psihozei*. Într-adevăr, nici un fel de PET sau MRI nu poate înlocui în acest plan dialogul euristic și totodată terapeutic cu bolnavul, deci analiza psihologică, recte psihanaliza, freudiană sau nu. „*Mai înainte* – precizează pe drept cuvânt Minkowski – *nu se întrevăzuse nici cea mai mică fantă prin care să se fi putut strecura o privire indiscretă, în scopul de a descoperi ceea ce este viu în spatele acelei salate de cuvinte, a acelor stereotipii, a acelui mutism, a acelei hiperkinezii dezordonate găsite atât de adesea la schizofrenici. Întreagă această țară deșertică s-a animat brusc,*

datorită cercetărilor lui Bleuler și Jung, întreprinse sub influența lucrărilor lui Freud. În felul acesta, după cum spune Wilmanns, a fost pusă piatra de temelie a psihologiei schizofrenicilor. Dar, și țin să insist încă o dată asupra acestui lucru, este vorba aici exclusiv de psihologie. Prezența sau absența complexelor nu este un factor de diagnostic diferențial. Acesta trebuie să se bazeze, pentru schizofrenie, ca și pentru orice altă afecțiune, pe latura deficitară, adică pe simptomele elementare și pe comportamentul particular, așa cum au fost ele precizate de Bleuler. Nici un eveniment, nici un fenomen al vieții normale nu este suficient el singur spre a se elabora noțiunea de maladie. *Aceasta nu se poate baza decât pe tulburări și pe anomalii și nu pe conținutul psihologic al psihozei. Aceasta nu scade cu nimic, evident, importanța enormă pe care o are pentru noi orice tentativă de a face comprehensibile manifestările incoerente ale alienaților, apropiind psihismul lor de al nostru.*"

Fascinat de filosofia lui Bergson, de „intuiție", Minkowski tinde să vadă în schizofrenie un fel de deficiență a „elanului vital", iar tulburarea definitorie este, în viziunea sa, pierderea contactului vital cu realitatea, „pierdere" care – se cere s-o spunem – se arată a fi, în pofida a ceea ce crede Sven Follin[1], mai degrabă un dat originar, organic, dacă avem în vedere autismul existent la noii-născuți schizofrenici. Dar, dincolo de culoarea credinței filosofice, cartea lui Minkowski, care nu ignoră psihanaliza, fundamentează solid necesitatea *psihoterapiei*, demers curativ imperativ în sfera psihozelor (și nu numai a psihozelor), în conjuncție cu chimioterapia, fizioterapia și chiar cerebrochirurgia cu laseri, atunci când situația o impune.

Dr. LEONARD GAVRILIU

[1] Atunci când neagă că schizofrenia ar fi *„o malformație genetică originară"*,— a se vedea Cuvântul înainte, pp. 10–11.

CUVÂNT ÎNAINTE

La sfârșitul secolului trecut, polimorfismul psihozelor, mai frecvent la subiecții tineri, nu permitea decât sinteze evolutive: ceea ce a făcut Kraepelin. Rămânea existența unui proces specific care conducea la declinul „parademențial", adică la o stare de decădere psihică destul de bizară, demențială: nu era pur și simplu vorba de o distrugere a activității mentale. În felul acesta Bleuler a putut pune în evidență o întreagă simptomatologie vădit semnificativă, pe care el a reunit-o sub termenul de „disociere", de unde renunțarea la terminologia kraepeliniană de demență precoce, în favoarea aceleia a lui Bleuler, de „schizofrenie".

Eugène Minkowski, care lucra în serviciul psihiatric al lui Bleuler, a pus problema altfel. Este de subliniat că Bleuler admisese terminologia franceză introdusă de Chaslin cu noțiunea de discordanță. Dar tocmai în aceasta constă originalitatea lui Minkowski, care s-a întrebat ce anume asigură în mod normal concordanța proceselor psihice și ale gândirii. Tocmai la această întrebare răspunde Eugène Minkowski, pornind de la filosofia bergsoniană a elanului vital, iar ea îi permite să sublinieze că fondul însuși al procesului schizofrenic este o pierdere a acestui contact vital cu realitatea. Trebuie subliniat aici termenul *vital*, căci ceea ce pierde schizofrenicul nu este posibilitatea unui simplu contact senzorial cu ambianța, ci dinamica acestor contacte, adică tot ceea ce reprezintă caracterul viu al relației subiectului cu semenul.

Autismul apare deci atunci când expresia fundamentală veritabil procesuală și primară (în opoziție cu Bleuler) închide zăvorul lumii schizofrenicului.

În consecință, Minkowski nu poate scăpa de o altă întrebare, aceea de a ști ce devine schizofrenicul. De aceea el va insista mult asupra opoziției a două temperamente: unul sinton, întotdeauna în armonie dinamică cu anturajul, altul schizoid, al subiecților cu contact dificil, rezervați, înclinați la reverii cu ochii deschiși. În urma cercetărilor doamnei Françoise Minkowska, el va admite un al treilea tip de caracter, căruia i se va spune epileptoid.

Cu toate că el nu se exprimă întotdeauna în termeni preciși, este clar că poziția metodologică a lui Minkowski duce la examinarea maladiilor mentale atât în continuitatea caracterelor individuale, cât și în discontinuitatea procesului morbid.

Sensul trăit de bolnav se referă aici la locul subiectului în lumea căreia nu-i mai urmărește transformările și evenimentele; sensul este existențial, iar Minkowski se apropie aici de prietenul său Binswanger.

Trebuie reținut faptul că sensul, înțeles aici ca fenomenologie a trăirii, este altceva decât ansamblul semnificațiilor, din care un anumit incident al vieții a putut marca sensibilitatea subiectului. Minkowski dă un exemplu în această privință, citând cazul acelei femei schizofrenice al cărei stereotip consta în a-și freca sternul. O bătrână infirmieră își amintea că la începutul bolii sale acea femeie a avut mari necazuri în dragostea ei pentru un tânăr cizmar. Or, stereotipia ei imita cu exactitate gesturile cizmarului care își ascuțea suvacul. Acest exemplu arată cât se poate de bine că lumea atât de variabilă a semnificațiilor, pe care fiecare o trăiește în întâmplările vieții, nu intră în sine în psihogeneza procesului morbid, care se referă la ansamblul trăirii și la angoasa unui subiect redus la pura sa existență autistă. Vedem astfel că poziția lui Minkowski cu privire la schizofrenie este în epoca sa întru totul originală. Această boală nu este nici un proces ipotetic de decădere psihologică, nici o malformație genetică originară, oricare ar fi importanța acordată structurii caracterului care definește o persoană umană în specificitatea sa originală. Mi se pare că Eugène Minkowski, chiar dacă se recunoaște fenomenolog, se deosebește de Jaspers în sensul că

nu găsim la el opoziție radicală între ceea ce ar fi comprehensibil și ceea ce ar fi incomprehensibil. Omul bolnav este examinat de el în totalitatea sa, în toată profunzimea existenței sale.

Este sensul pe care l-am putut reține din lungile conversații pe care le-am avut la Spitalul Sainte-Anne, unde domnul și doamna Minkowski s-au refugiat în vara dramatică a anului 1940. Nu este lipsit de importanță să relevăm acordul acestor două ființe: participând săptămânal la ședințele de test Rorschach ale doamnei Minkowski, am regăsit întotdeauna un ecou al fenomenologiei magistrului meu. Testul Rorschach era într-adevăr utilizat ca un mijloc de a aprecia prezența în lumea materială a trăirii bolnavului și modul său de percepere a realităților obiective.

Desigur, Minkowski recunoștea importanța a ceea ce numim azi factori genetici; dar nu l-am auzit niciodată vorbind despre ei ca despre o fatalitate originară, contrar psihiatrilor, care cred că procesul nu este decât dezvoltarea originară a subiectului uman (cu consecințele pe care lucrul acesta le-a avut pe parcursul perioadelor tragice dn acest secol). Pentru Minkowski, temperament, caracter, constituție somatică sunt un mod particular de a caracteriza tipurile de comportament. Acestea joacă rolul lor, dar nu constituie procesul morbid care pentru el este pierderea contactului vital cu realitatea, a cărui consecință directă este autismul. Simptom primar, așadar, contrar descrierilor lui Bleuler, a cărui manifestare poate fi considerată mecanicistă în măsura în care el subliniază o manifestare clinică sub numele general de disociere.

Pentru Minkowski, ființa umană rămâne indisociabilă, iar eu adesea l-am auzit spunând: „Omul este făcut să caute umanul“.

SVEN FOLLIN

PREFAȚĂ

S-a constatat că întotdeauna cercetarea a condus în mod inevitabil, de cele mai multe ori pe căi obscure, la reluarea unor dispoziții testamentare care în acest caz sunt adesea considerate impresionante descoperiri.

H. TELLENBACH, *Melancolia*

În anumite cazuri de schizofrenie sincopa factorilor dinamici este însoțită de o veritabilă hipertrofie a factorilor raționali și spațiali ai gândirii. Această hipertrofie condiționează în acest caz întreg comportamentul bolnavilor, făcând loc unor tablouri clinice particulare. Pare justificat să vorbim, în aceste cazuri, de raționalism și de geometrism morbide.

E. MINKOWSKI, 1926

Matematicește bălegar = bălegar.
El a făcut ceea ce a făcut, va spune C.
(ecuație: adevărul).

F. KLEIN, 1937

Eugène Minkowski (1885–1972) se trage dintr-o veche familie poloneză, din care un strămoș a fost înnobilat de regele Wladislaw Jagello, în jurul anului 1410. Bunicul lui Minkowski, Cazimir, era originar din regiunea Bydgoszcz, unde se găsea un grup important purtând acest nume. Tatăl lui Minkowski, August, s-a născut în 1848; în tinerețe a fost la Sankt-Petersburg și s-a îmbogățit din comerțul cu grâne. Întorcându-se la Varșovia, s-a căsătorit cu Tekla Lasecka. Cinci copii se vor naște din această însoțire, dintre care o fată, care va muri de mică. Cei patru fii sunt:

Miecyslaw („Mietek“)	1884–1972
Eugeniusz (Eugène)	1885–1972
Pawel (Paul)	1888–1947
Anatol	1891–1939

În 1905, Mietek și Eugène își fac studiile de medicină la facultatea din Varșovia, în timp ce Paul și Anatol frecventează liceul. Din cauza ocupației străine, cursurile se țin în limba rusă, dar ca urmare a înfrângerii flotei ruse în conflictul ruso-japonez la universitatea din Varșovia are loc o mare manifestație în favoarea reintroducerii limbii poloneze. Participanții sunt înconjurați de poliția călare, care le ia numele: astfel Mietek și Eugène se trezesc posesori ai unor „antidiplome" care le interzic să facă studii pe cuprinsul Imperiului rus.

Dată fiind această interdicție, Mietek se duce la München, apoi la universitatea germană din Breslau (Wroclaw).

Eugène se duce și el la München și termină aici primul său curs medical, în 1908. În anul următor, cei doi frați merg la Kazan, în Rusia, unde era cu putință ca acei cetățeni rusi care și-au făcut studiile în străinătate să se prezinte la examen. În 1911 sau 1912, Eugène pleacă la Zürich, unde locuiește la fratele său, apoi, grație intervenției Françoisei Minkowska, lucrează câtva timp ca intern (sau asistent), prost plătit, la Bleuler.

În martie 1915 intră ca voluntar în armata franceză, unde face parte dintr-o echipă de căutare a răniților pe front. Este decorat de mai multe ori. Adoptă Franța și susține o a treia teză de medicină, în 1926[1].

La începutul celui de-al doilea război mondial, Minkowski are 54 de ani. Pare să-și fi păstrat „nervii tari", un anumit calm care îi permite să-și domine anxietatea și mai ales să *acționeze*. Poliția din Vichy îi bate la ușă în 1943. Minkowski descrie în felul următor evenimentul: „Trebuia înainte de toate să supraviețuim. Aceasta o datorăm în primul rând fiicei noastre și doctorului Michel Cenac. În ziua de 23 august 1943, în zori, doi inspectori de poliție de la problemele evreiești s-au prezentat la domiciliul nostru ca să ne aresteze. Fusesem denunțați că nu purtăm steaua. Zvonuri gratuite, lipsite de orice probă. Dar ar fi fost cvasiridicol să ceri probe în acele împrejurări. Inspectorii erau foarte tineri și au început prin a declara că, fiind antisemiți, își vor îndeplini zelos misiunea. Soarta noastră părea pecetluită. Drancy, deportarea, suferințe nemaipomenite [...]. Încă o mai văd în fața ochilor pe soția mea, în genunchi, rugându-se, implorându-l pe Dumnezeu [...]. Polițiștii i-au

spus fiicei noastre, care se afla la noi [...], să fugă: ei «n-ar fi văzut-o» [...]. O dată aflată afară, fiica noastră l-a alertat pe prietenul nostru Cenac. [...] Cenac a încălecat pe bicicletă și, cu concursul domnului Stora, de la UGIF, a făcut demersurile necesare, a putut interveni la timp la prefectura de poliție, în așa fel încât polițiștii care, în loc să ne ridice imediat, au zăbovit aproape patru ore în apartamentul nostru, când ne-au condus în sfârșit la postul de poliție din strada Veseliei un telefon de la prefectură îi anunța să ne repună în libertate."[2]

Minkowski era în același timp președintele și unul din pivoții activi ai părții clandestine a unei organizații care căuta să-i pună la adăpost de barbarie pe copii și pe adulți. Cu o rețea heteroclită de asistente sociale, de preoți, medici, infirmieri, funcționari la primărie, el organiza deplasarea și găzduirea oamenilor care, potrivit unui raționalism cu certitudine morbid, trebuiau să-și vadă zilele curmate în camerele de gazare. Modestia acestui om nu se poate să nu-l impresioneze pe cititor: „Munca de salvare care mi-a fost dată s-o duc la îndeplinire [...] am efectuat-o sub egida societății OSE, pe care am avut onoarea s-o prezidez [...] din 1933 și până în decembrie 1944, OSE neînsemnând deloc Oeuvre de Secours aux Enfants, cum s-a luat obiceiul să fie interpretată aci, ci nu trebuie niciodată de uitat trecutul ei și încă și mai puțin negat, inițialele fiind de origine rusă: Societatea de protecție a sănătății populațiilor evreiești [...]. Înainte de dezastrul din iunie 1940, am putut evacua în zona Sud toți copiii din imperiile centrale care își găsiseră adăpost în casele noastre de la periferia Parisului [...]. La sfârșit am rămas singurul dintre conducători [...]. Mai mult de două mii de copii, în afară de adulți, au putut fi sustrași de OSE, zona Sud, persecuțiilor. [...] Peste treizeci de asistente sociale și de lucrători ai OSE [...] au fost deportați."[3]

Minkovski este unul dintre cei mai mari specialiști în psihopatologie pe care i-a cunoscut Franța. Opera sa este în primul rând structurată de o remarcabilă trilogie: *La Schizophrénie* (1927), *Le Temps vécu* (1933) și *Traité de psychopathologie* (1966). Prima carte a lui Minkowski ne dă o lecție de claritate și precizie: raționalismul morbid caracterizat de extrapolarea arbitrară, o gândire

matematică sau spațială, o logică reificată și atitudini antitetice reprezintă una din rarele definiții serioase ale schizofreniei. Este drept să spunem că Minkowski avea o cunoaștere aprofundată a operei lui Eugen Bleuler, dar este absurd să considerăm că el n-a fost decât purtătorul de cuvânt fidel al acestuia. Căci Minkowski nu se orientează după un ansamblu, mereu variabil, de simptome, în maniera lui Bleuler[4], ci pornind de la noțiunea de structură luată de la *Gestaltpsychologie*. Bleuler și-a orientat cercetarea esențialmente în „lumina" lui Kraepelin[5], pe când Minkowski a fost influențat de Husserl, Bergson și Jaspers...

Semnificația clinică a raționalismului morbid poate fi ilustrată cu ajutorul unei cărți puțin cunoscute, scrisă de un student în medicină schizofrenic[6].

Această dare de seamă a logicii psihotice este „structurată" în jurul ideii că terapeutul, prin privirea și vocea sa calme, trebuie să-l readucă pe pacient la rațiune. Este ceea ce Klein numește „privire și voce mentale-corticale": „Fiecare cuvânt este pronunțat cu o voce monotonă, joasă, cugetată: atent-gânditoare." Locul impulsiei scopice și al verbului „a fi" este preponderent și susține de unul singur, am putea spune, știința delirantă a autorului. Încă de la prima observație percepem locul predominant al impulsiei scopice:

„OBSERVAȚIA 1. Jeanne N., douăzeci și doi de ani, către stăpâna sa: «Doamnă, simt că voi înnebuni!» Ea vede de departe intrând un medic: «Vino aici, frumosul meu! Mișcă mai repede!»... Mă opresc la patul ei, fixându-mi ochii calmi, sinceri, gânditori, atenți, drept în ochii ei... Fără a mă îndepărta de atitudinea mea calmă, sinceră, gânditoare, atentă, evaginațiile mele cortico-cerebrale (adică ochii mei) atente, gânditoare, calme, sincere, mereu fixate pe ale sale, îi răspund în evaginațiile corticale cu o voce analoagă, monotonă, joasă, calmă, într-un cuvânt gânditoare, atentă [...]. Ea surâde. «Cum mă privești!... Și cum îmi vorbești!» Ochii mei gânditori, atenți, sunt mereu fixați pe ai ei: ... Vă veți odihni? Da, da... Transformarea s-a operat în două sau în trei minute."

Motivația științifică dată de Klein este următoarea: „Această atitudine «subiectivă»: privirile mele [...] niciodată bruște, trebuie să le motivez științific. Din această cauză trebuie să dau două noi nume tonului gânditor-atent. Aceste două noi nume sunt: *mental,*

cortical. Iată justificarea din rațiuni obiective. *Deoarece atitudinea ironică include ironia, atitudinea atentă include atenția.*" Klein este teoreticianul întoarcerii infinite a lucrului asupra lui însuși și al *deducerii lucrului din el însuși*; el posedă adevărul cauzelor prime. Există puține șanse de a pune în cauză diagnosticul de raționalism morbid, deoarece Klein raționează pornind de la o logică a identității și de la un sistem antitetic dominat de verbul „a fi". Totul este garantat de o cunoaștere simetrică și absolută.

Impulsia scopică se manifestă ca un adevăr care se construiește foarte exact cu ajutorul functorilor „ : " și „ = ". La acest nivelment axiologic percepem poate esența extrapolării arbitrare, fundamentele logicii identității și umbra a ceea ce Minkowski numește tulburare generatoare. Într-o a doua scriere, Klein ilustrează și confirmă „structura logică" ce susține adevărul:

„Durand a făcut ceva: «Asta-i o josnicie, o idioție» va spune A (diminuare: o eroare). «Asta-i ceva magnific, o capodoperă» va spune B (augmentare: o eroare). «A făcut ceea ce a făcut» va spune C (ecuație = adevărul)."

În această neîncetată circularitate tautologică percepem atomizarea tuturor valorilor. Fără îndoială, găsim în scrierile lui Klein un ansamblu cantitativ de valori și semnificații, dar este anevoios să extragi altceva decât o serie de valori fragmentare, arbitrare și radical separate în existența lor formală. Acest amalgam *pur cantitativ* ar fi un fel de mormânt al gândirii diferențiale; decăderea dialecticii, pe care Minkowski o numește „pierderea contactului vital cu realitatea", în teza sa din 1926, are drept consecință raționalismul morbid.

Jacques Lacan s-a numărat printre cei dintâi care au subliniat valoarea cărții *Temps vécu* : „Contribuția științifică se bazează pe datele patologiei mentale [...]. Vom găsi aici contribuții prețioase la progresul acesteia; ele sunt cu atât mai prețioase cu cât, în starea actuală [1936] a producției psihiatrice din Franța, o asemenea lucrare este excepțională [...]. Noutatea metodică a vederilor de ansamblu ale doctorului Minkowski este referința lor la punctul de vedere structuralist, punct de vedere destul de străin, pare-se, concepțiilor psihiatrilor francezi, deoarece mulți dintre ei încă mai cred că aici este vorba de un echivalent al psihologiei facultăților. Faptele de

structură se dezvăluie observatorului ca acea coerență formală pe care o arată conștiința morbidă în diferitele sale tipuri și care unește în fiecare dintre ele în mod original formele care aici țin de identificarea Eului, a persoanei, a obiectului, de interiorizarea șocurilor realității, a asertiunilor logice, cauzale, spațiale și temporale."

O dată cu Minkowski, postura de psihiatru s-a schimbat, el nu se mai mulțumește „să înregistreze declarațiile unui subiect" și să zugrăvească o patologie, ci „pătrunde realitatea acestei experiențe, sesizând în comportamentul bolnavului momentul în care se impune intuiția decisivă a certitudinii sau mai degrabă ambivalența suspensivă a acțiunii, regăsind prin asentimentul nostru forma sub care se afirmă acest moment"[7].

Așa cum se cuvine pentru un teoretician al timpului, Minkowski apare ca o ființă a continuității, atât în concepția sa morală, cât și în referințele sale științifice. Atașamentul său față de Bergson și îndoielile cu privire la sistemele rigide nu-l vor părăsi niciodată: „«Viitorul unei științe – scrie Bergson – depinde de modul în care și-a decupat obiectul». Acest lucru este în primul rând valabil pentru psihopatologie și psihologie, care par a se căuta din nou, care, de îndată ce cred că și-au «decupat» bine obiectul, își dau seama [...] că mai ales l-au «decupat» în treacăt, alături de adevăratul lor «obiect». Acest «obiect» este, de altfel, de natură să le scape în parte, ceea ce totuși nu trebuie să ne facă să-i negăm existența, chiar dacă ne mulțumim cu căi de abordare în ceea ce-l privește."[8]

Lacan ne arată clar că teoria lui Minkowski era, în 1936, dintre cele mai complete, pe când Lantéri-Laura, în 1992, ne lasă să înțelegem că lucrarea lui Minkowski cade azi în uitare. Este momentul să încercăm, deci, să semnalăm răspândirea influenței operei sale.

În primul rând această operă a marcat grupul care s-a construit în jurul revistei *L'Evolution psychiatrique*, revistă printre ai cărei fondatori s-a numărat, în 1925. Apoi autorii de teze de doctorat de dinainte de război îl citează ca pe o autoritate[9]. În 1958, ideile lui Minkowski, sub impulsul lui Henri Ellenberger și Rollo May, ajung în Statele Unite ale Americii, prin intermediul cărții *Existence*. Dedicată lui Minkowski și lui Ludwig Binswanger, cartea conține contribuțiile lui Rollo May, Erwin Strauss, V.E. von Gebstattel, Binswanger și Roland Kuhn și se bucură de o primire entuziastă.

Către sfârșitul anilor '50, tânărul Ronald D. Laing se va orienta și el spre Minkowski: *Eul divizat* poartă drept moto un citat din Minkowski, iar bibliografia ediției complete[10] revelează un mare număr de referiri la cele două ediții ale cărții *La Schizofrenie*, la *Temps vécu* și la diverse articole. La puțin timp după publicarea cărții *The Divided Self*, Laing a publicat un lung studiu asupra lui Minkowski[11], în care spune clar că acesta a fost cel dintâi din istoria psihiatriei care a făcut o „tentativă serioasă de reconstrucție a experienței trăite de celălalt"[12].

Alt element neneglijabil este influența exercitată de Minkowski asupra gândirii celui care a examinat ideologia în lumina psihopatologiei, Joseph Gabel[13]: orice cititor al cărții *La Fausse Conscience* poate constata aceasta.

Mai târziu vor veni alți și alți comentatori. Mario Francioni[14] va vedea în Minkowski un gânditor al dialecticii[15] și axiologiei[16] care respinge etichetarea[17] în favoarea unei relații dezalienante[18] cu pacientul. În septembrie 1989, Arthur Tatossian consacră prima sa intervenție la colocviul din Cerisy lui Minkowski și Binswanger; titlul alocuțiunii sale: „Eugène Minkowski sau ocazia ratată". El subliniază aici pe bună dreptate că Minkowski a fost un critic al lui Bleuler[19], care avansa mascat și care repudia orice spirit de sistem[20], dar susține, de asemenea, că Minkowski nu a avut o influență profundă asupra „psihiatriei secolului XX în Franța"[21]. Gabel reia dezbaterea în 1991[22], afirmând că „Minkowski este într-un fel un Lukács al conștiinței morbide, iar Lukács un Minkowski al conștiinței de clasă"[23]. Convergența Minkowski–Lukács ar sta în centrul metodologiilor lor: „... nu trebuie să spunem că o oră de muncă a unui om valorează o oră de muncă a altui om, ci mai degrabă că un om de o oră valorează cât alt om de o oră. Timpul este totul, omul nu este nimic; el este cel mult carcasa timpului. Nu se mai pune problema calității. Singură cantitatea decide totul, oră de oră, zi de zi. Timpul își pierde astfel caracterul calitativ, schimbător, fluid: el se osifică într-un continuum exact delimitat, cantitativ măsurabil [...] într-un spațiu"[24].

În cazul în care comunitatea științifică ar fi adoptat pozițiile lui Minkowski ca bază a unei definiții a schizofreniei, un anumit număr de probleme ar fi putut fi rezolvate cu mai puține dificultăți. Astăzi

se știe că DSM IV și logica simptomului[25] riscă în fiecare zi să fie admise ca ultimul adevăr *atomizat* al schizofreniei: lupta dusă de Minkowski contra bodinismului[26] ne învață că există condiții în care este important mai ales să lupți... A reveni la Minkowski, azi, presupune că a trebuit să traversăm istoria *incoerentă*[27] a „schizofreniei", spre a relua cu mai multi sorți de izbândă elementele esențiale ale unei clinici structuraliste.

DAVID F. ALLEN

NOTE

[1] E. Minkowski, *La Notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie*, thése, Jouve et Cie, Paris, 1926, repris in E. Minkowski, *Au-delà du rationalisme morbide* (préface G. Lantéri-Laura), L'Harmattan, Paris, 1997.

[2] *Du temps de l'étoile jaune*, fascicule, Paris, 1945, pp. 12–13.

[3] *Ibid.*, p. 25.

[4] Cf. D.F. Allen, „Pour la réhabilitation de Ganser de Dresde", *L'Evolution psychiatrique*, LVII, no 3, 1992, pp. 537–546.

[5] Relația tulbure dintre activitatea clinică a lui Kraepelin și ideologia protonazistă este explicitată în D.F. Allen, „L'âge de Kraepelin", *L'Information psychiatrique*, 9, 1996, pp. 925–933.

[6] F. Klein, *Maladies mentales expérimentales et traitement des maladies mentales*, Editions médicales, Paris, 1937.

[7] J. Lacan, „Compte rendu du *Temps vécu*", *Recherches philosophiques*, 5, 1935–1936, pp. 424–431.

[8] E. Minkowski, „Les notions bleulériennes. Voies d'accès aux analyses phénoménologiques et existentielles", AMP, II, décembre 1957; repris in *Cahiers F. Minkowski*, 1965, p. 55.

[9] Cf. P. Balvet, *Le Sentiment de dépresonnalisation dans les délires de structure paranoide*, thèse, Lyon, 1936.

[10] Engleză sau americană.

[11] R.D. Laing, „Minkowski and schizophrenia", *Review of Existential Psychology*, IX, 1963, pp. 195–207.

[12] *Ibid.*, p. 207.

[13] Relația Minkowski–Gabel a fost explicată de A. Sica și D.F.Allen în J.Gabel, *Ideologies and the Corruption of Thought*, Transaction, New Brunswick, London, 1997. Cf. în special pp. 20–27 și 211–215.

[14] M. Francioni, „La psychopathologie phénoménologique et la sémantique existentielle d'Eugène Minkowski", *Frénésie*, 2, 1986, pp. 177–189.

[15] Cf. pasajul următor: „... efortul de unificare conceptuală al lui Minkowski [...] va rămâne mereu fidel principiului general [...] al existenței umane ca ansamblu de moduri de *prezentificare «în» timpurile realizate dialectic, potrivit «fenomenelor»* care «le» conțin în mod divers; așa încât cercetarea sa va urma o orientare «formală», propunându-și în același timp să depășească și să mențină aporturile a ceea ce el consideră a fi psihologii «de conținut»..." (Francioni, art.cit., pp. 182–183).

[16] „... Minkowski vrea să evite [...] pericolul «hiperfilosofării» [...], dar să recunoască de asemenea că aspectul metodologic – cel mai important – al fenomenologiei adoptate nu exclude aspectul filosofic [...], trebuie pus accentul pe ceea ce el «face» în mod concret, ca psiholog sensibil la dublul versant al antropologiei sale: acela de *psihiatrie*, esențialmente axiologică și interumană (care sesizează și tratează în situație de eșec trăirea valorilor), și acela [...] de psihopatologie (care înțelege – deformate – fenomenele vitale esențiale)" (Francioni, *ibid.*, p. 186).

[17] „Este suficient să amintim că filosofia bergsoniană [...] a putut, de fapt, da un elan «progresist» unei psihopatologii ca aceea a lui Minkowski, atât de îndepărtată de orice etichetare a simptomelor și maladiilor..." (Francioni, *ibid.*, p. 187).

[18] „[Pentru Minkowski] psihiatrul fenomenolog [...] nu poate genera o atitudine generală optimistă de reciprocitate, care creează un «câmp terapeutic»..." (Francioni, *ibid.*, p. 186; sublinierile autorului).

[19] A. Tatossian, „Eugène Minkowski, ou l'occasion manquée", in *Psychiatrie et existence*, P. Fédida et J. Schotte (dir.), J. Millon, Grenoble, 1991; 2e éd. corrigée, p. 13.

[20] *Ibid.*, p. 15.

[21] *Ibid.*, p. 9. Ceea ce ni se pare destul de discutabil: Lantéri-Laura vorbește despre Minkowski ca fiind „magistrul" său (Cf. *Essai sur la discordance...*, EPEL, Paris, 1992, p. 86) și îl găsim în multe studii serioase privind schizofrenia. Oare nu figurează el, de exemplu, în cartea lui Cutting și Shepherd, alături de Philippe Chaslin și Lacan (Cf. J. Cutting et M. Shepherd [ed.], *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept*, Cambridge University Press, Cambridge, 1987, pp. 188–212)? Cu alte cuvinte, dacă se admite ipoteza

după care Minkowski n-ar fi avut influență profundă în Franța, cum se poate explica faptul că englezii îl consideră, pe bună dreptate, ca pe unul dintre fondatorii psihiatriei franceze a secolului XX, împreună cu Chaslin, Lacan și alții?

[22] J. Gabel, „L'oeuvre d'Eugène Minkowski et la philosophie de la culture", *Evolution psychiatrique*, 56, 2, 1991, p. 430.

[23] *Ibid.*, p. 430.

[24] G. Lukács, *Histoire et conscience de classe*, trad. fr. Alexos Bois, Ed. de Minuit, Paris, 1960, p. 117.

[25] Cf. C.G. Costello (éd.), *Symptoms of Schizophrenia*, J. Wiley, New York, 1993. Această carte – care se prezintă ca o depășire metodologică a DSM-III-R – frapează în primul rând prin lipsa unei teorii a subiectului uman. Ea se opune noțiunii de sindrom –, noțiune pe care Minkowski o aproba și al cărei nume nu figurează nicăieri în lungile bibliografii. Este o „gândire" atomizată care exprimă un discurs devenit autonom, eliberat de lumea suferinței umane („Psihopatologia își ia zborul [...] pornind de la diversele fonduri mentale, cu structurile care le caracterizează; ea este astfel mai aproape de sindrom decât de simptom..." [E. Minkowski, *Les Notions...*, *op.cit.*, p. 56]).

[26] Jean Bodin, după cum este cunoscut, îl acuza pe Agrippa de comerț cu Diavolul. Acest discurs se baza pe faptul că Agrippa – magistrul lui J. Wier – își numea câinele „Domn". Bodismul ar fi deci o logică a identității. (Cf. J. Bodin, *De la démonomanie des sorciers*, Jacques du Puys, Paris, 1587, pp. 240–241; capitolul „Réfutation des opin[ions] de Jean Wier"; Cf. și K. Baschwitz, *Procès de sorcellerie*, Arthaud, Paris, 1973, pp. 104–105).

[27] În înțelesul lui F. Leuret.

BIBLIOGRAFIE

ABELY, P., „Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce", *Annales médico-psychologiques*, I, 1930, pp. 28–36, repris in POSTEL, J., *La Psychiatrie*, Larousse, Paris, coll. „Textes essentiels", 1994.

ALLEN, D.F., „Pour la réhabilitation de Ganser de Dresde", *L'Évolution psychiatrique*, LVII, 3, 1992, pp. 537–546.

ALLEN, D.F., „Petite note pour Ganser de Dresde", *L'Évolution psychiatrique*, LVII, 1, 1993, pp. 231–235.

ALLEN, D.F., „L'âge de Kraepelin", *L'Information psychiatrique*, 72, 9, 1996, pp. 925–933.

ALLEN, D.F. et POSTEL, J., „Eugèniusz Minkowski ou une vision de la schizophrénie", *L'Évolution psychiatrique*, LX, 4, 1995, pp. 961–980.

BLEULER, E., „La schizophrénie", *Congres des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française XXX-e* session (1926), Masson, Paris, 1926, pp. 1–23; repris in POSTEL, J., *La Psychiatrie*, Larousse, Paris, coll. „Textes essentiels", 1994.

FRANCIONI, M., „La psychopathologie phénoménologique et la sémantique existentielle d'Eugène Minkowski", *Frénésie*, 2, 1986, pp. 177–189.

GABEL, J., *La Fausse Conscience*, Ed. de Minuit, Paris, 1962.

GABEL, J., L'oeuvre d'Eugène Minkowski et la philosophie de la culture", *L'Évolution psychiatrique*, LVI, 2, 1991, pp. 429–434.

GARRABÉ, J., *Histoire de la schizofrénie*, Seghers, Paris, 1992.

GUIRAUD, P., „Origine et évolution de la notion de schizophrénie", *Confrontation psychiatrique*, 2, décembre 1968, pp. 9–29.

KLEIN, F., *Maladies mentales expérimentales et traitment des maladies mentales*, Éditions médicales, Paris, 1937.

LACAN, J., „Compte rendu du *Temps vécu* de Minkowski", *Recherches philosophiques*, 5, 1935–1936, pp. 424–431.

LANTÉRI-LAURA, G et. GROS, M., *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, EPEL, Paris, 1992.

LEURET, F., *Fragments psychologiques sur le folie*, Crochard, Paris, 1834.

MINKOWSKI, E., *La Notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie* (thèse), Jouve et Cie, Paris, 1926.

MINKOWSKI, E., *Le Temps vécu*, d'Artrey, Paris, 1933, reed. P.U.F., 1994.

MINKOWSKI, E., *Vers une cosmologie* [1936], Aubier, Paris, 2e éd. 1967.

MINKOWSKI, E., *Structure des dépressions* (preface G. Lantéri-Laura), Nouvel Objet, Paris, 1993.

MINKOWSKI, E., *Au-delà du rationalisme morbide* (préface G. Lantéri-Laura), L'Harmattan, Paris, 1997.

POSTEL, J., *La Psychiatrie*, Larousse, Paris, 1994.

INTRODUCERE

Sunt mai mulți ani de când mi-am propus să scriu o carte despre schizofrenie. Primul meu articol privitor la opera lui Bleuler, publicat în 1922, în urma excelentelor analize ale domnilor Trenel și Hesnard[1], apărute încă înainte de război, s-a bucurat de o primire binevoitoare. O expunere mai detaliată pare cu totul indicată în aceste condiții. Totuși, pe măsură ce încercam să stabilesc planul lucrării proiectate, îmi dădeam seama de întreaga complexitate a sarcinii pe care voiam s-o întreprind. Noțiunea de schizofrenie ridicase atâtea probleme diferite încât era greu, ca să nu zic imposibil, să le expun pe toate în mod amănunțit. A trebuit să mă supun evidenței și să-mi restrâng subiectul.

Clinica schizofreniei a fost descrisă în mod magistral de Bleuler însuși. După opinia mea, nici o modificare esențială n-a fost adusă de atunci încoace acestei descrieri. La fel stau lucrurile cu limitele atribuite de Bleuler schizofreniei ca boală mentală particulară. Toate tentativele de a restrânge sau de a lărgi aceste limite au eșuat în fața bazelor pe care stă opera alienistului zürichez; ne referim la extrem de îndelungata observare a unor bolnavi, ceea ce i-a permis să reunească, după exemplul lui Kraepelin, în aceeași unitate nosologică, pe baza similitudinii caracterelor esențiale, ca și a evoluției spre stări terminale specifice, tablouri clinice care păreau la o primă privire total disparate. A prezenta latura clinică a schizofreniei lui Bleuler nu putea astfel consta pentru mine decât în

reproducerea fidelă a descrierii sale. Oricât aş recunoaşte oportunitatea unei asemenea expuneri, mai ales atâta vreme cât opera capitală a lui Bleuler nu a fost tradusă în limba franceză, mărturisesc cu smerenie că nu m-am putut obliga la acest travaliu de discipol. Mă atrăgeau mult mai mult alte probleme.

Din punct de vedere clinic, Bleuler a fost un continuator al lui Kraepelin. Demenţa precoce a acestuia s-a transformat sub impulsul său în schizofrenie. Este totuşi vorba de mai mult decât o simplă schimbare de nume. O nouă orientare *psihopatologică* a fost de-acum încolo dată acestui capitol important al psihiatriei moderne. Aceasta pentru că, în afara clinicii şi a noii clasificări a bolilor mentale pe care le implica deja opera lui Kraepelin, noţiunea de schizofrenie s-a arătat deosebit de fecundă din punctul de vedere al psihopatologiei generale. Studiul mecanismelor schizofrenice, analiza psihologică a comportamentului particular al schizofrenicilor se impune tot atât de mult, dacă nu chiar mai mult decât descrierea clinică a noilor cazuri ale acestei afecţiuni. Tocmai asupra acestor probleme s-au axat înainte de toate propriile mele cercetări. Cedând din nou înclinaţiilor mele, am fost în mod cu totul natural determinat să le consacru locul de frunte în cartea de faţă. De aici şi subtitlul acesteia: „Psihopatologia schizoizilor şi schizofrenicilor".

Dar este şi aici necesar să fac câteva rezerve. În Franţa, prea adesea şi pe nedrept, schizofrenia a fost confundată cu psihanaliza[2]. Cititorul care, fidel modei, va căuta înainte de toate în această carte date psihanalitice va fi decepţionat. Ele nu ocupă aici decât un loc extrem de mic, de altfel în deplină conformitate cu scopul pe care mi l-am fixat. Bleuler, deşi recunoştea rolul complexelor în geneza simptomelor, nu a admis niciodată o concepţie pur psihanalitică a schizofreniei. Nici eu nu am putut-o face. În consecinţă, m-am străduit să demonstrez, în paginile care urmează, că noţiunea de schizofrenie conţine, în afara unor probleme psihanalitice, o întreagă serie de probleme psihologice de cel mai mare interes. Tocmai aceste probleme constituie, după opinia mea, partea cea mai interesantă şi mai importantă a noii noţiuni. Asupra lor insist în mod deosebit, convins că aici şi nu în altă parte trebuie încercat să ne tăiem calea în vederea elaborării unei teorii generale a afecţiunii studiate.

În unul din studiile mele anterioare[3], distingeam în noțiunea bleuleriană două laturi: latura psiho-clinică sau structurală și latura psihanalitică. Prima, spuneam, are drept obiect, după ce a studiat structura personalității vii și a determinat fenomenele esențiale din care ea se compune, să vadă cum se comportă și cum se regrupează aceste fenomene atunci când unul din ele lipsește, cum fac ele față la prejudiciul adus în acest caz sintezei personalității și care sunt atitudinile morbide care rezultă. A doua latură caută în trecutul individului evenimentele care vin să se reflecte în prezent, determinând conținutul psihologic al simptomelor. Aceste două laturi ale noțiunii lui Bleuler, la început intim legate una de alta, par destinate ca în cursul evoluției să urmeze direcții din ce în ce mai divergente. Personal caut să pun în evidență latura structurală, întrucât aceasta este aceea care, după opinia mea, constituie cheia de boltă a problemei schizofreniei și chiar poate, dincolo de ea, a unei psihopatologii generale de viitor. În consecință, după ce am vorbit în primul capitol despre conștiința schizoidă, expun în următoarele trei capitole datele privind în special structura intimă a psihismului schizofrenic. Este partea cea mai importată a prezentului studiu.

Aici mă văd totuși obligat, spre a evita orice neînțelegere, să precizez și mai mult caracterul acesteia. Schizofrenia a îmbătrânit de la nașterea sa, iar eu am îmbătrânit o dată cu ea, probabil chiar mai repede decât ea. Astfel, propunându-mi să scriu această carte, a trebuit să-mi dau seama rapid de faptul că vârsta mea psihiatrică mă împingea în mod irezistibil să ofer nu o expunere istorică și obiectivă, ci concepția mea personală privind problema. Evident, „personală“ nu vrea să însemne „în întregime nouă“; acest cuvânt nu vrea să zică decât „trăită“. Inspirându-mă din ideile altora, studiind și observându-mi bolnavii, reflectând asupra datelor astfel culese, m-am găsit într-o zi, pe neobservate, în prezența unei concepții asupra schizofreniei care se integra în întreaga mea gândire științifică, pe care nu aș fi în stare s-o detașez de persoana mea și despre care nu aș putea spune ce este al meu și ce nu-mi aparține. Nimic nu este al meu, pentru că totul, într-un mod cât se poate de fericit, se atașează aici la lucrările altora; dar, pe de altă parte, mi se pare că totul este al meu, întrucât nu am admis aici decât ceea

ce a putut trece prin sita propriei mele experienţe, retopindu-se în creuzetul propriei mele gândiri. Aceasta înseamnă că produc aici o operă subiectivă, operă care totuşi tinde din toate puterile sale către obiectivitate.

Evident, nu în vederea unei chestiuni de prioritate, oricare ar fi ea, formulez această remarcă. Departe de aceasta, o fac exclusiv pentru a-l preveni pe cititor că nu are a căuta în această carte o reproducere fidelă a ideilor lui Bleuler; ca să găsească aceste idei el trebuie să se adreseze direct operei magistrului meu, care, sper, va fi curând tradusă în limba franceză. În multe privinţe mă îndepărtez de Bleuler şi, îndeosebi sub influenţa lui Bergson, văd tulburarea iniţială a schizofreniei nu într-o slăbire a asociaţiilor , ci în pierderea contactului vital cu realitatea; tocmai din această pierdere de contact încerc să deduc simptomele cardinale şi manifestările cele mai caracteristice ale schizofreniei. Dar, în pofida acestei divergenţe, am rămas un „elev" al lui Bleuler; merg pe brazda trasă de el. Şi deşi expun o concepţie a schizofreniei care, poate, din unele puncte de vedere, este mai mult „minkowskiană" decât bleuleriană, aş dori ca cititorul să-şi poată da seama înainte de toate, citind aceste pagini, de modificările profunde aduse în psihopatologie de ideile magistrului meu şi de amploarea operei, atât de ordin teoretic, cât şi practic, realizate de el.

Dat fiind caracterul personal al acestui studiu, nu am mai dat o bibliografie completă a problemei. Articolele cu privire la schizofrenie sunt nenumărate, iar a discuta prea multe idei şi opinii nu serveşte uneori decât la a încâlci totul. Mi s-a părut totuşi util să rezerv un loc mai mare unei analize critice a lucrărilor franceze despre schizofrenie publicate în ultimii ani. Domnul Claude şi elevii săi au contribuit în mare măsură la răspândirea ideilor lui Bleuler. Fără ei aceste idei în mod cert nu ar fi fost atât de rapid luate în studiu în psihiatria franceză, aşa cum s-a întâmplat în realitate. În acelaşi timp, şcoala de la spitalul Sainte-Anne a adus modificări destul de importante noţiunii de schizofrenie. Aceste modificări nu mi se par îndeajuns de justificate; ele se pretează totuşi la o discuţie obiectivă şi servesc astfel la aprofundarea, într-un fel sau altul, a cunoştinţelor noastre asupra afecţiunii studiate. Am crezut, de asemenea, de cuviinţă să expun în detaliu, în capitolul IV, modul

meu de a vedea acest subiect, servindu-mă, în parte, de observațiile făcute de domnul Claude și de elevii săi și care constituie documente clinice de prim ordin.

Mai întâlnim încă uneori noțiunea de schizofrenie a lui Bleuler tratată ca „simplu mod de a vedea". În aceste condiții este absolut indicat să se insiste, fie și succint, asupra naturii esențialmente terapeutice a operei lui Bleuler. Am făcut-o în ultimul capitol al cărții.

Psihiatria modernă caută să stabilească un contact tot mai strâns între ea și viață; în expunerea mea am urmat acest exemplu. Deși, încercând să păstrez acestei expuneri un caracter strict științific, m-am străduit, în măsura posibilului, să prezint lucrurile în așa fel încât această carte să fie accesibilă tuturor celor care se interesează de curentele diverse care agită în zilele noastre psihopatologia. Sper astfel că vor putea trage un anumit folos din cercetările mele, în primul rând de ordin psihologic, atât psihologul, cât și pedagogul sau omul de litere, ba chiar și psihiatrul care, deși se ascunde în clinică, este în fond întotdeauna mai psiholog decât admite el însuși.

N-aș dori să închei această introducere fără a cita, unul lângă altul, cu un sentiment de profundă recunoștință, două nume: Bleuler și Bergson. La ei se găsesc, înainte de toate, originile spirituale ale acestei cărți. Bleuler m-a învățat psihiatria; Bergson mi-a arătat, prin operele sale, modul în care trebuie să abordez fenomenele esențiale ale vieții noastre. Tocmai împreunând ideile și sugestiile extrase de la ei am ajuns la concepția despre schizofrenie pe care o expun în paginile ce urmează. La aceste două nume adaug un al treilea, pe acela al lui Kretschmer, ale cărui cercetări asupra condiției schizoide reprezintă, după opinia mea, cel mai mare progres realizat vreodată în domeniul schizofreniei, de la crearea acestei noțiuni de către Bleuler.

NOTE

[1] Trenel, „La démence précoce ou schizofénie d'apres la conception de Bleuler", *Revue Neurologique*, octobre 1912; Hesnard, „Les Théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce", *Journal de*

Psychologie, 1914; E. Minkowski, „La schizofrénie et la notion de maladie mentale (Sa conception dans l'oeuvre de Bleuler)", *Encéphale*, 1922. A se vedea și E. Minkowski, „La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essențiels", *Évolution psychiatrique*, t.I, Payot, éditeur, Paris, 1925. Mai mult, schizofrenia a constiuit una din temele principale la cel de al XXX-lea, Congres al alieniștilor și neurologilor din Franța și de limbă franceză, care s-a ținut la Geneva, în august 1926. Rapoarte au fost prezentate de către Bleuler însuși și H. Claude.

[2] Aceasta din cauză că, mulți ani, Eugen Bleuler a fost adeptul și chiar apărătorul lui Freud, împreună cu care a editat *Jahrbuch für psychopathologische und psychoanaytische Forschungen*. Bleuler – va susține Freud, în 1914 – „a dovedit că pentru o întreagă serie de cazuri pur psihiatrice explicația a luat în considerare procese ca acelea pe care psihanaliza le-a descoperit în vise și în nevroze («mecanisme freudiene»)" (A se vedea Sigmund Freud, „Începuturile mișcării psihanalitice", în *Opere IV*, traducere, avanprefață și note de dr. Leonard Gavriliu, cu o prefață postumă de acad. Vasile Pavelcu, Editura Științifică, București, 1996, p. 48). (Nota trad.)

[3] E. Minkowski, La genèse de la notion de schizophrénie, *loc. cit.*

Capitolul I

SCHIZOIDIE ȘI SINTONIE

A. Remarci de ordin general

Morel, în *Tratatul* său, vorbește de „temperament drept cauză predispozantă la alienația mentală"[1]. Acest temperament, după părerea lui Morel, este admis de toți medicii. „Este rar ca temperamentul nervos, cu predominanța elementului dureros, cu anomaliile cele mai extraordinare în sfera sensibilității morale și a funcțiilor intelectuale, să nu fie rezultatul transmiterilor ereditare sau cel puțin al unei educații vicioase, al unei schimbări bruște în deprinderi... O impresionabilitate extremă, o excitabilitate excesivă sunt principalele apanaje ale acestor naturi la fel de remarcabile prin contrastul calităților lor și al defectelor lor intolerabile... Am spus că temperamentul în chestiune este adesea ereditar, iar în acest caz nimic nu este atât de comun decât să vezi această stare nervoasă transformându-se în alienație mentală sub influența celei mai mici cauze intercurente, fie de ordin fizic, fie de ordin moral... Am văzut eu însumi multe stări nervoase transformându-se în alienație mentală și, în multe împrejurări, am putut remarca justețea observației părinților când ei afirmă că, la bolnavii lor, *nebunia nu este nimic mai mult decât exagerarea caracterului obișnuit*... Dar dacă, în multe împrejurări, starea nevropatică poate fi considerată drept perioada de incubație a nebuniei, este incontestabil că un mare număr de persoane suferă întreaga lor viață de o asemenea stare, fără

a trece niciodată linia de demarcație, atât de greu uneori de precizat, care separă rațiunea de nebunie... Este imposibil în medicină să definești aceste stări de suferință simple altfel decât printr-o accepțiune generală: *temperament nervos, stare nervoasă*."

Găsim în aceste cuvinte ale lui Morel germenii unui întreg capitol al psihiatriei contemporane. Este vorba de capitolul privind constituțiile sau temperamentele morbide. Evoluția ulterioară a acestei probleme dă dreptate lui Morel în toate punctele indicate mai sus, cu excepția ultimului. Termenul generic de temperament sau de stare nervoasă este tot mai mult neglijat. Tocmai spre a rămâne fideli ideii că „nebunia nu este nimic mai mult decât exagerarea caracterului obișnuit", devine necesar să urmărim progresele clinicii și să diferențiem temperamentul nervos în conformitate cu cadrul nosografic adoptat, fiecărei entități morbide trebuind să-i corespundă, în fond, un temperament particular. Scopul nostru fiind aici acela de a da doar o vedere de ansamblu asupra ideilor directoare din domeniul psihiatriei moderne, ne vom limita la câteva exemple. Kraepelin crede că poate stabili un raport destul de constant între anomaliile de caracter găsite în ancedentele personale ale bolnavilor, pe de o parte, și tablourile clinice pe care ei le prezintă, pe de altă parte. El insistă, de altfel, asupra dificultății de a preciza aceste anomalii, dată fiind imperfecțiunea terminologiei noastre[2]. Sérieux și Capgras[3], ca urmare a studiului lor asupra delirului de interpretare, subliniază importanța temperamentului paranoic în patogenia acestor deliruri. Kahlbaum, Hecker, Kraepelin și Wilmanns, pe de o parte, Deny și Kahn, pe de alta, descriu ciclotimia. Dupré și Logre ne vorbesc, în *Délire d'imagination*[4], de constituția mitopatică și consideră delirul imaginativ, în cazurile tipice cel puțin, ca pe o exagerare morbidă a mitomaniei constituționale a subiectului. Kretschmer, în sfârșit, într-o lucrare care a stârnit vii discuții în psihiatria de limbă germană, a încercat să delimiteze paranoia rudimentară sau senzitivă (*sensitiver Beziehungswahn*) de paranoia obișnuită sau revendicativă, bazându-se pe deosebirile de temperament constatate în antecedentele personale ale acestor două grupe de bolnavi. Aceleași deosebiri s-ar regăsi apoi, după apariția semnelor manifeste ale unei psihoze, în tablourile clinice prezentate de cele două categorii de indivizi[5].

Aceste câteva exemple sunt suficiente ca să ne arate în ce direcție se orientează cercetările: *proiectarea în trecutul individului, dincolo de debutul manifest al psihozei, a trăsăturilor esențiale ale acesteia*, ceea ce înseamnă a spune: să se raporteze deosebirile diverselor tablouri clinice la anomalii analoage ale temperamentelor. Această direcție se sprijină, din punct de vedere epistemologic, pe un fundament dintre cele mai solide. Ea tinde, cum lesne ne putem da seama, să reducă, în raporturile stabilite de gândire între faptele observate, variațiile și schimbările acestora la minimum strict, căutând să descopere persistența și preexistența lucrurilor. Lucrurile stau cum stau deoarece ele stăteau așa și mai înainte. Particularitățile psihozei se regăsesc în caracterele esențiale ale temperamentului care exista dinainte de ea. Această metodă caută astfel să stabilească echivalența (din punct de vedere calitativ) a secventului și antecedentului; ea corespunde în întregime principiului general al cauzalității științifice. Spiritul nostru caută mereu, conform naturii sale, prin prisma nenumăratelor variații din univers, *identitatea în timp*. Afirmația acestei idei are o valoare explicativă pentru noi, căci a explica un fenomen este, în fond, *a cunoaște preexistența sa*[6].

În felul acesta, potrivit principiului general al cauzalității, cercetările noastre psihiatrice se orientează spre trecutul bolnavului și încearcă să regăsească în particularitățile preexistente ale caracterului trăsăturile esențiale ale psihozei actuale. „Temperamentul nervos“ se diferențiază, în acest mod, paralel cu cadrele nosografice elaborate de clinică. Invers, posibilitatea de a proiecta formele clinice asupra deosebirilor de temperament devine o dovadă indirectă a autonomiei relative a acestor forme. Astfel, *„geneza“* începe să joace, în clasificarea psihozelor, un rol cel puțin la fel de important ca stările terminale asupra cărora a insistat atât Kraepelin în clasificarea sa[7].

Dar „temperamentul nervos“ nu se întâlnește doar la indivizii care, mai devreme sau mai târziu în cursul vieții lor, vor prezenta semne manifeste de alienare mentală. Îl regăsim în vastul domeniu al „psihopaților“. Noțiunile, aplicate mai întâi la anomaliile de caracter ale unor indivizi deveniți alienați, vor căuta să pătrundă în mod firesc și în acest domeniu.

„Dacă în multe împrejurări – spune Morel, – așa cum am și văzut, starea nevropatică poate fi considerată drept perioada de incubație a nebuniei, este incontestabil că un mare număr de persoane suferă întreaga lor viață de o asemenea stare, fără a trece vreodată linia de demarcație, atât de greu uneori de precizat, care separă rațiunea de nebunie." Temperamentul nervos poate astfel să existe în afara psihozei și dobândește de aceea o anumită autonomie în raport cu aceasta. Psihiatria, după opinia lui Morel, nu face decât să dezvolte această idee. Ea proiectează aceste cadre nosografice în vastul grup de indivizi desemnați până acum într-un mod foarte puțin precis prin termeni ca „psihopați", „caractere anormale" sau „persoane bizare", încercând să pună aici mai multă ordine.

Nu vom cita decât un singur exemplu. Bleuler, în urma orientării noi pe care o dă conceptului de schizofrenie, extinde vizibil cadrul acestei afecțiuni. Ea depășește în prezent limitele alienării mentale manifestate și pătrunde în domeniul caracterelor anormale. O face sub numele de „schizofrenie latentă", mult mai frecventă în fond, cum spune Bleuler, decât „schizofrenia manifestă" pe care o putem vedea în aziluri. Bleuler menține, în primul rând pentru aceste cazuri, numele de „schizofrenie" și le consideră astfel drept „maladie", maladie atenuată, e adevărat, dar totuși maladie. Cu toate acestea, foarte adesea nu constatăm nici cea mai mică urmă a unei evoluții la schizofrenicii latenți. Starea lor nu se agravează deloc, ei murind așa cum au fost dintotdeauna. Tabloul rămâne, în fond, staționar și se reduce la un comportament particular. N-ar putea fi vorba de un proces morbid în aceste cazuri. Noțiunea de infirmitate înnăscută pare de departe cea mai potrivită. Îndepărtându-ne astfel de ideea unei maladii în evoluție, ne apropiem din ce în ce mai mult de aceea a unei constituții morbide. Schizofrenia latentă a lui Bleuler face loc, în parte cel puțin, schizoidiei lui Kretschmer. Vom vorbi despre aceasta, mai în detaliu, în continuare.

Temperamente paranoice, ciclotimice, mitomaniace etc. se întâlnesc de asemenea în viață, fără a da în mod necesar naștere unei exagerări sub formă de psihoză.

Trebuie totuși să ne punem întrebarea dacă această metodă care, în fond, constă în a calchia clasificarea caracterelor anormale pe aceea a psihozelor are rațiunea sa de a fi. Ni se pare absolut firesc

să raportăm, așa cum am făcut-o mai sus, trăsăturile esențiale ale unei psihoze la particularitățile temperamentului prezentate de individ anterior. Dar avem noi dreptul de a proceda în același mod atunci când nu mai este vorba de același individ, ci de caractere anormale întâlnite oarecum la întreaga umanitate?

Tocmai aici intervine noțiunea de *ereditate*. Această noțiune capătă un loc din ce în ce mai important în psihiatria contemporană. Afirmația se cere precizată. Desigur, în psihiatrie s-a pus întotdeauna problema eredității. Nu avem de gând să vorbim aici de importanța socială a cercetărilor genealogice, întreprinse azi pe o scară vastă, pentru a determina legile care guvernează transmiterea ereditară a psihozelor. Ceea ce ne interesează aici mai mult este că aceste cercetări au, în plus, un alt rol de îndeplinit în știința noastră. Ele servesc, în primul rând în domeniul psihozelor endogene, la formarea și clarificarea noțiunilor noastre clinice. În diversitatea enormă a tablourilor de alienare mentală, căutăm din ce în ce mai mult să distingem esențialul de accidental, ca să ajungem astfel la o clasificare rațională a psihozelor. Calea etiologică nu s-a arătat câtuși de puțin practicabilă până în prezent. Poate că nici nu va fi vreodată în acest domeniu. În orice caz, cunoștințele noastre actuale sunt insuficiente din acest punct de vedere. Încă nu știm nimic exact cu privire la cauzele eficiente ale majorității maladiilor mentale. Nici măcar nu știm unde să le cercetăm. Devine astfel necesar să recurgem la alte metode. Compararea diverselor forme de tulburări mentale, studierea evoluției lor, a stărilor terminale la care ajung, a simptomelor care pot să apară accidental în fiecare din ele, spre a face loc apoi altor manifestări morbide, ne permit deja să operăm o alegere și, făcând cu totul abstracție de latura pitorească a alienării mentale, să descoperim, în mulțimea de simptome vizibile, cele câteva trăsături realmente caracteristice și esențiale pentru forma studiată. Acest efort caută totuși, în mod cu totul firesc, să-și asigure garanții mai mari. În aceste circumstanțe, orice nouă dovadă nu poate fi primită decât cu satisfacție. O astfel de dovadă este furnizată de noțiunea de ereditate similară. Este evident că orice trăsătură esențială a unei psihoze ereditare trebuie, contrar semnelor accidentale, să se regăsească mereu de-a lungul generațiilor. Acesta este modul în care noțiunea de ereditate este chemată să-și ia locul

în elaborarea conceptelor noastre nosografice. Noțiunile, stabilite în urma unor observații clinice, ies, ca să zicem așa, purificate și consolidate din proba constituită de cercetările genealogice. Ele n-ar putea, în fond, să se lipsească de această probă. Am arătat în altă parte ce rol joacă noțiunea de ereditate similară în opera lui Kraepelin și cum devine ea unul dintre factorii esențiali ai concepției sale sintetice privind demența precoce[8]. Nu vom insista aici asupra acestui aspect. Să adăugăm doar că Bleuler[9] stăruie în același sens și chiar dă extensie acestui principiu, afirmând că cercetările asupra eredității sunt chemate să ofere baza unei clasificări a schizofreniilor. Această afirmație, care la o primă privire pare paradoxală, în realitate nu este câtuși de puțin astfel. Dacă o particularitate oarecare a afecțiunii se menține în cursul generațiilor și reapare în aceeași familie, ea trebuie să posede o bază biologică stabilă și să fie considerată drept caracter esențial și distinctiv, permițând delimitarea acelei varietăți familiale de schizofrenie. Aproape că avem acum pofta de a zice: *viitorul psihiatriei ca știință se bazează, în mare parte, pe cercetările genealogice privind ereditarea maladiilor mentale*. În orice caz, în zilele noastre, orice retușare, făcută exclusiv în urma unor observații clinice, adusă noțiunilor nosografice ieșite din creuzetul cercetărilor asupra eredității nu ar putea avea decât puțină valoare.

Nu ne va mira acum să vedem ideea de ereditate similară extinzându-se din ce în ce mai mult și înglobând tot ceea ce poate fi considerat „anormal" în familia studiată, adică atât pe alienați, cât și pe simplii „psihopați". Desigur, nu o va face într-o manieră dogmatică, ci va ține în mare măsură seama de alte date furnizate de știință; dar, în colaborare strânsă cu acestea, va deveni unul din firele conducătoare ale cercetărilor noastre.

De altfel nu este greu să ne dăm seama de faptul că această idee se sprijină și ea pe principiul cauzal. În fond și aici noi căutăm, ghidându-ne după principiul identității în timp, să stabilim, ca și mai înainte, similaritatea și preexistența lucrurilor, cu singura deosebire că acest principiu se situează acum deasupra individului și se adresează unei unități mai întinse: familiei sau, încă și mai bine, întregului arbore genealogic. În consecință, încercând să transpunem cadrele noastre nosografice în domeniul caracterelor anormale, nu

facem decât să ascultăm de o trebuință profundă a spiritului nostru.

Considerații de un alt ordin duc de altfel, mai ales în domeniul schizofreniei, la aceleași probleme. Nu le-am putea trece sub tăcere.

Lui Rudin îi revine în mod incontestabil meritul de a fi repus în prezent pe primul plan cercetările psihiatrice asupra eredității. El a publicat în 1911 prima sa lucrare pe această temă[10] și a dat apoi acestor cercetări o anvergură necunoscută până atunci. El ia ca punct de plecare legea lui Mendel și caută să o aplice la datele psihiatrice. Numeroase lucrări importante au ieșit de atunci din clinica din München sau au fost realizate în alte părți, sub influența lui Rudin. Nu le-am putea enumera aici. Să spunem doar că legea lui Mendel[11], aplicată la ereditatea maladiilor mentale, a pus și ea problema caracterelor anormale, într-un mod concordant cu cele expuse de noi în paginile precedente. Toți cei care s-au ocupat de problemă sunt de acord asupra faptului că demența precoce se comportă, în transmisia ereditară, ca un caracter recesiv. În acest caz, după cum știm, heterozigoții poartă în germene caracterul respectiv, fără ca el să fie vizibil în exterior. Redevine vizibil, într-o anumită proporție, doar la descendenți. Lucrurile se petrec în felul acesta atunci când caracterul studiat este un caracter simplu, cum ar fi, de exemplu, culoarea unei flori. Acolo însă unde avem de-a face cu fenomene atât de complexe ca psihozele, modul de transmitere ereditar ar putea foarte bine să nu se prezinte exact la fel. În particular, indivizii heterozigoți ar putea trăda la exterior, printr-o trăsătură particulară oarecare, structura lor germinativă. Desigur, nu ar putea fi vorba de o psihoză manifestă, aceasta fiind apanajul indivizilor homozigoți. Cel mult ar putea fi vorba de particularitățile de comportament pe care ne-am obișnuit să le desemnăm, în viața curentă, cu numele de „caractere anormale". Acestea, totuși, bazându-se pe prezența aceluiași germene ca și psihoza studiată, ar trebui în mod necesar să aibă o afinitate destul de mare cu aceasta. Aceste considerații de ordin biologic duc astfel din nou la studierea caracterelor anormale, implicând în mod tacit postulatul similarității lor cu psihoza studiată.

Putem spune, în rezumat, următoarele: *o mișcare centrifugă, care are ca punct de plecare psihiatria clinică, pătrunde progresiv*

în vastul domeniu al caracterelor anormale; ea transportă aici cadre nosografice, elaborate de clinică, și caută să le aplice la clasificarea acestor caractere. Are drept fundament principiul cauzal al similarității și preexistenței în devenire și se sprijină pe cercetări genealogice.

Această mișcare staționează totuși în fața barierei, destul de artificiale de altfel, care separă normalul de anormal. Principiul care o ghidează este totuși prea puternic ca să respecte multă vreme această barieră. Curentul ei trebuie să o străbată în mod necesar, mai devreme sau mai târziu.

Este ceea ce vedem că se produce în zilele noastre, aproape simultan, în diverse locuri. Kretschmer[12] și Bleuler[13], pe de o parte, Delmas și Boll[14], continuatori ai operei lui Dupré[15] și ai școlii sale, sar bariera. Cadrele nosografice vor servi acum drept bază pentru studierea comportamentului personalității zise normale. Vom examina pe scurt ideile acestor autori și vom căuta să le precizăm importanța.

B. Schizoidie, cicloidie, schizotimie și ciclotimie (Kretschmer); schizoidie și sintonie (Bleuler)

Kraepelin a opus, în domeniul psihozelor endogene, două mari entități nosografice: demența precoce și nebunia maniaco-depresivă. Această opoziție se regăsește în întregime la Bleuler, cu deosebirea că noțiunea de demență precoce este înlocuită prin aceea de schizofrenie. Această ultimă noțiune, deși, în fond, vizează aceleași cazuri clinice pe care Kraepelin le desemna cu numele de demență precoce, orientează interpretarea lor într-o direcție nouă. *Atitudinea bolnavului față de ambianță* devine tot mai mult una din trăsăturile esențiale ale diagnosticului diferențial dintre cele două mari entități nosografice de care am pomenit. Ritmul maniacului este, desigur, prea rapid în raport cu al nostru, dar noi urmărim cu ușurință asociațiile superficiale, prin asonanță sau similitudine, care îl fac să alunece cu atâta înlesnire de la un subiect la altul. Vedem astfel cum fiecare cuvânt și fiecare gest al interlocutorului său sunt, ca să zicem așa, absorbite de oceanul mișcător care este ideația sa, cum

ele îi atrag pentru o clipă atenția, fac să apară, cu rapiditatea unui fulger, câteva asociații noi, care se risipesc la fel de repede cum au apărut, spre a face loc unei idei noi. Fiecare obiect al ambianței poate, pentru o clipă, să influențeze cursul gândirii sale. El rămâne astfel în *contact permanent cu anturajul*. Veselia sa, expansivitatea, calambururile, neprevăzutul asociațiilor sale nu ne sunt în întregime străine; ele ne fac uneori să râdem din toată inima. În pofida tulburărilor sale mentale, păstrăm un bun contact afectiv cu el. La fel, depresivul melancolic nu se dezinteresează niciodată cu totul de ambianță și, în pofida monotoniei și sărăciei gândirii sale, în pofida persistenței stării sale de tristețe, găsm cu ușurință o poartă de intrare în psihismul său. Suferința sa morală, descurajatoare, tristețea sa păstrează un aspect uman, asemănător cu al nostru, iar noi nu ostenim în a-i dărui zilnic aceleași încurajări, aceleași vorbe bune, ghicind intuitiv că el nu cere în fond nimic altceva și că ne este recunoscător.

Cu totul alta este atitudinea schizofrenicilor. Ambianța nu pare să-i impresioneze. Torpoarea și mutismul lor, ca și manifestările lor de excitație motorie, ori salturile și opririle care se produc în ideația lor ni se par impenetrabile. Pe acești bolnavi nu-i înțelegem, nu avem cu ei *contact afectiv* („affektiver Rapport" al lui Bleuler). Orice alienist știe că în mod instinctiv el se comportă cu totul diferit când are în față un caz de nebunie maniaco-depresivă sau când are de-a face cu un schizofrenic. Iar foarte adesea, mai ales de când Bleuler a precizat noțiunea de schizofrenie, el va face din propriul său comportament un element de diagnostic, încercând să-și dea seama dacă există sau nu un contact afectiv între el și bolnavul său.

Comportamentul față de ambianță devine astfel unul dintre principalele, ca să nu spunem principalul semn distinctiv dintre schizofrenie și nebunia maniaco-depresivă. Noțiunea de contact vital cu realitatea tinde să pună și mai mult în evidență, în psihiatria modernă, această stare de lucruri. Vom vorbi în mod detaliat despre această noțiune în capitolul următor; aici nu facem decât s-o menționăm.

Semnul distinctiv despre care tocmai am vorbit servește ca punct de plecare lui Kretschmer[16]. Trebuie să fi citit cartea lui Kretschmer ca să-ți dai seama de întreaga sa bogăție. Ne-ar fi peste putință s-o

epuizăm aici. Ne vom mărgini să-i arătăm, pe scurt, marile coordonate.

Bazându-se pe datele recoltate din antecedentele personale și familiale a numeroși bolnavi, Kretschmer separă, în domeniul caracterelor anormale, pe schizoizi de cicloizi; trecând apoi la indivizii normali, ne vorbește despre schizotimie și ciclotimie. S-ar spune că avem de-a face cu două șiruri descrescătoare și paralele: nebunie maniaco-depresivă, cicloidie, ciclotimie, pe de o parte, schizofrenie, schizoidie și schizotimie, pe de altă parte[17].

Cele două reacții caracteristice ale cicloidului sunt veselia (hipomania) și tristețea. El trece de obicei foarte ușor de la una la alta, fie sub influența unor cauze exogene, fie sub influența unor cauze endogene. Dimpotrivă, el nu este niciodată „nervos" în sensul curent al cuvântului, reacția „nervoasă" fiind deja o reacție de pierdere a contactului cu realitatea. Cicloidul oscilează astfel între veselie, cu trebuința de expansiune care o însoțește, și tristețe, cu senzația de inhibare dureroasă determinată de aceasta. Aceste două elemente se regăsesc, în proporție variabilă, la orice individ din acest grup. Este ceea ce Kretschmer numește *„proporție diatezică sau coeficient de dispoziție"* al cicloidului.

Așa cum temperamentul cicloid oscilează între veselie și depresie, temperamentul schizoid se mișcă și el între doi poli. Cei doi poli sunt pentru el *hiperestezia și anestezia afectivă (reizbar und stumpf)*. Simptomele hiperesteziei trebuie subliniate în mod cu totul deosebit, deoarece, contrar indiferenței și altor semne de anestezie, până în prezent nu s-a ținut suficient seama de aceasta în psihologia liniei schizotimice.

De altfel, spre a face mai bine înțeleasă schizoidia, trebuie arătat că *schizoidul nu este fie prea sensibil, fie prea rece, ci și una și alta în același timp*. El este, astfel, asemănător în toate privințele cu schizofrenicul. Căci Bleuler a demonstrat că până și în psihismul bătrânilor schizofrenici de azil care, în imobilitatea lor, au înfățișarea unor veritabile mumii și despre care s-a luat obiceiul să fie considerați drept expresia cea mai desăvârșită a demenței active, până și în psihismul acestor schizofrenici există puncte hiperestezice. Aceste puncte sunt comandate de vechi „complexe"[18]. Când realitatea vine întâmplător să-i trezească, asistăm la reacții

bruște, neprevăzute și violente. În felul acesta, la vechi schizofrenici, care păreau cu totul indiferenți și osificați pentru vecie, vedem producându-se uneori adevărate explozii afective, așa încât suntem realmente incapabili să rezolvăm, la cei mai mulți dintre ei, problema: până unde merge veritabila demență afectivă și ceea ce este doar în fond, în comportamentul lor, „o contracție convulsivă a sferei afective“ (*Affektkrampf*).

Regăsim la schizoid, evident păstrând toate proporțiile, același amestec de factori hiperestezici și de factori anestezici. Raportul lor reciproc determină la schizoid ceea ce Kretschmer numește *proporția psihoestezică*.

Dar tristețea și veselia, dispoziția psihică tristă sau veselă, hiperestezia sau indiferența nu pot epuiza, ele singure, profilul psihologic al unui individ, oricare ar fi el. Omul face mai mult în viață decât să simtă și să se emoționeze; el muncește, acționează, speră, urmărește un ideal, reflectează logic, se supără, se resemnează, protestează sau se înclină în fața evenimentelor vieții înconjurătoare. Or, toate manifestările psihice sunt la cicloid impregnate de o nuanță particulară; pretutindeni și întotdeauna îl simțim, contrar schizoidului, vibrând în adâncul ființei sale la unison cu ambianța, el nu pierde niciodată contactul cu ea.

Cicloidul hipomaniac se poate înfuria, dar furia se are ceva viguros și viu în ea. El explodează, apoi totul este din nou bine. Talazul cade la fel de repede pe cât s-a ridicat. Contactul cu viața nu s-a rupt nici o clipă. Mânia cicloidului este o mânie „eliberatoare“, cum sunt pentru el și râsul sau plânsul. Cu totul altul este modul de a fi al schizoidului; o dată ce se înfurie, cu greu își revine. Vârful talazului se transformă în platou. Reacțiile exterioare pot fi mult mai puțin intense decât în cazul precedent, dar starea se prelungește peste măsură. Prin cuvintele și gesturile sale schizoidul nu face decât să-și întrețină iritația interioară; el se „autoambalează“. Nu lasă să pătrundă până la el nici o obiecție, nici o explicație, nu aduce nici un corectiv stării sale sufletești; o întreține mai mult decât trebuie. Dar timpul trece. Cauza furiei a fost înăbușită de alte evenimente; de mult situația ar fi trebuit lichidată; schizoidul, însă, este mereu absorbit de iritația sa, este ca imobilizat în prezența vieții care își continuă cursul. Schizoidul trece pe alături, pierde contactul cu ea[19].

Cicloidul poate fi tăcut, dar tăcerea sa nu are nimic apăsător și nu proiectează în jurul său o umbră glacială și lugubră, așa cum face schizoidul taciturn. Cicloidul tace nu pentru că nu vrea să spună nimic sau pentru că nu are nimic de spus semenilor, ci pentru că pur și simplu preferă uneori să păstreze tăcerea. Un surâs sau un gest discret vor veni de ici-colo să-i anime tăcerea, iar contactul cu ambianța, în ciuda absenței cuvintelor, nu va fi întrerupt în nici un fel. Vom spune cu dragă inimă despre un asemenea individ că este taciturn, dar nu-l vom califica nici drept glacial, nici drept sfidător, deviat de la normal sau prost.

Cicloizii depresivi caută adesea să aprofundeze latura morală a vieții și să acționeze în consecință. Dar această atitudine nu degenerează niciodată la ei, contrar schizoizilor, într-o doctrină pur rațională, aplicată sieși și semenului într-un mod rigid, fără a admite nici o excepție; dimpotrivă, găsim întotdeauna la ei o comprehensiune profundă, făcută din bunătate și indulgență față de reacțiile, mobilurile și modul de a fi al semenilor lor. Poate nu vor fi capabili, ca unii schizoizi, de sacrificii imense, consimțite în numele ideii adoptate, dar nu se vor arăta reci, impasibili și disprețuitori față de slăbiciunile celorlalți. Aceasta nu vrea să spună nicidecum că ei ar fi gata să accepte totul, să ierte totul sau să adopte atitudinea delăsătorului („*laisser aller*"). Ei pur și simplu știu să păstreze în toate măsura cea dreaptă, ceea ce face relațiile cu ei atât de plăcute și prețuite. Ei rămân întotdeauna „umani" în accepțiunea cea mai înaltă a termenului.

Cicloizilor le place munca și găsim adesea la ei multă energie practică. Dar această energie este mobilă și maleabilă, adaptându-se circumstanțelor și lăsându-se penetrată de acestea, neavând nimic în comun cu acea tenacitate oarbă și periculoasă pe care o întâlnim la unii schizoizi.

„Cicloidul vibrează la unison cu mediul și din această cauză nu există la el opoziție, conflicte excesive între Eu și ambianță; el nu se ridică împotriva acesteia și nici nu caută s-o modifice *cu orice preț*, în conformitate cu principiile rigide stabilite de el o dată pentru totdeauna și socotite infailibile. El nu simte un dezacord tragic între el și realitate, deoarece trăiește în lucrurile ambiante, personalitatea sa se confundă și se dizolvă în ele, el trăiește, simte și suferă cu

ele."[20] S-ar spune că el e plămădit dintr-o altă materie decât schizoidul, care are o predispoziție naturală pentru tragic, care în orice circumstanță împinge antiteza Eu–lume până la extreme și care din cauza aceasta trăiește într-un conflict permanent cu ambianța. Egoismul său rece, orgoliul său nemăsurat, precum și trebuința sa perpetuă de autoanaliză îl țin mereu în incertitudine și fac din viața sa un adevărat calvar.

Cicloidul rămâne în fond întotdeauna sociabil, chiar și atunci când se dezvăluie mai puțin sau când preferă să trăiască singur, întrucât pentru el a se izola nu înseamnă niciodată a rămâne separat de ambianță. Schizoidul, dimpotrivă, este aproape întotdeauna insociabil. El este astfel uneori pentru că încearcă să-și pună sufletul hiperestezic la adăpost de culorile prea vii, de sunetele prea puternice, de loviturile prea brutale ale vieții cotidiene. El se repliază asupra lui însuși, preferând lumea lui interioară, reveria sa și nu o activitate exterioară. Alteori el neglijează contactul cu celelalte ființe umane din cauza anesteziei sale afective; el nu simte nici o nevoie de asemenea contact și se dezinteresează total de acesta. Alteori, în sfârșit, iar acesta este cazul cel mai frecvent, atitudinea sa este determinată simultan de doi factori despre care am vorbit și care, cum spuneam, se găsesc în proporție variabilă la orice schizoid.

Există, de altfel, și schizoizi care, contrar celor descriși până aici, par la o primă privire sociabili. Dar relațiile lor cu ceilalți au întotdeauna ceva superficial și incomplet; le lipsește nota afectivă, care este atât de indispensabilă în viață. Printre acești schizoizi găsim indivizi indolenți și ironici, care frecventează tot felul de oameni pentru că nu au nici o preferință marcată pentru nici unul dintre ei, interesându-i prea puțin, în fond, cu cine au de-a face. Diferențele individuale nu se detașează câtuși de puțin pe pânza de fond cenușie care este pentru dânșii umanitatea. Găsim însă printre ei și oameni de afaceri, pricepuți și activi, care nu știu ce este odihna și care, cu prețul muncii, reușesc, propulsați în primul rând de trebuința de a-și impune personalitatea și de a-i domina pe ceilalți. Totuși, foarte adesea ei comit „gafe" în viață, gafe mai ales de ordin psihologic, căci, în fond, deși sunt în permanent contact cu oamenii, ei nu-i cunosc deloc, sau mai degrabă nu-i înțeleg, fiind întotdeauna gata să nege, să desconsidere ceea ce diferă de modul lor de a fi. Ei nu

pot sesiza diferențele individuale subtile și se conduc uneori ca orbii: nu se știe niciodată unde te afli cu ei din punct de vedere afectiv. Există un fel de „geam de sticlă" (Kretschmer) între ei și semenii lor. Acest geam îl sesizează uneori ei înșiși și vorbesc în acest caz despre el. Cât despre sinton, el își „sparge nasul" de acest geam ori de câte ori are de-a face cu un schizoid. Trebuința sa de a vibra la unison cu semenul nu găsește la acesta rezonanță. El se simte nefericit și are mereu impresia că încă n-a putut pătrunde în profunzimea sufletului „prietenului" său, chiar și atunci când această profunzime nu este decât neant rece și vid. Iar între doi schizoizi lucrurile nu merg nicidecum mai bine. Schizoidul nu admite decât propriul său mod de a fi, așa încât acum vor fi două geamuri în loc de unul; uneori se vor preface amândouă în țăndări.

Spuneam într-o zi: „Pustnicul care a fugit de lume, dar care, seara, din pragul colibei sale, admiră asfințitul soarelui sau trilurile unei păsări posedă mai multe elemente de sintonie decât individul care, înconjurat de camarazi, își plimbă, dintr-un loc de plăcere în altul, plictiseala și lipsa de ocupație."[21] Acest exemplu concordă în întregime cu cele spuse despre deosebirile dintre cele două temperamente studiate.

Regăsim aceleași deosebiri, numai că într-un grad mai atenuat, în domeniul normalului. Kretschmer vorbește de data aceasta, după cum am și văzut, despre ciclotimie și schizotimie, deși folosește în același timp cele două expresii ca termeni generici pentru ansamblul fenomenelor, normale și patologice, care aparțin fiecăreia din cele două șiruri derivate din nebunia maniaco-depresivă, pe de o parte, și din schizofrenie, pe de altă parte. De altfel, în nici un punct al acestor șiruri schizotimia și ciclotimia nu se exclud cu totul. Tipurile pure nu sunt, în fond, cele mai frecvente. Trăsături de schizoidie și de cicloidie se pot întâlni la același individ, alăturate, așa cum există și psihoze asociate, care se lasă interpretate ca niște combinații de simptome maniaco-depresive și simptome schizofrenice. Kretschmer vorbește, în toate aceste cazuri, de „aliaje"[22].

Aceasta este, în linii mari, opera lui Kretschmer în ceea ce privește clasificarea caracterelor[23]. Am lăsat de-o parte o întreagă parte importantă a acestei opere, acea parte neraportându-se în mod direct la subiectul studiului nostru. Nu facem deci decât să o

menționăm aici pe scurt. Prima jumătate a cărții lui Kretschmer este consacrată problemei relațiilor dintre caracter și aspectul fizic. Kretschmer crede că poate stabili că unul sau mai multe tipuri fizice, bine determinate, corespund în mod univoc atât șirului schizotimic, cât și șirului ciclotimic. Aceleași tipuri s-ar regăsi cu regularitate atât la alienați, cât și la psihopați și la indivizii normali care aparțin aceluiași șir. Această circumstanță ar constitui o dovadă în plus privind existența unei legături strânse între toate gradele aceluiași șir și ar confirma opinia că particularitățile mentale observate la fiecare din ele, în pofida diversității lor aparente, nu sunt decât expresia unui singur caracter esențial, adică a ciclotimiei, pe de o parte, și a schizotimiei, pe de altă parte. Spațiul nu ne permite să extindem aici acest subiect. Să semnalăm doar că, în afară de ereditate, căreia Kretschmer îi acordă o mare importanță în cercetările sale, el introduce aici, pentru a-și sprijini datele privind identitatea fenomenelor psihologice observate la alienați, psihopați și indivizii normali, care aparțin aceluiași grup, un nou factor extrinsec sub forma similitudinii lor de tip fizic. Concluziile sale sunt astfel în mod deosebit consolidate.

Bleuler[24] aduce o retușare noțiunilor sau mai degrabă termenilor folosiți de Kretschmer. Termenii de schizoidie și schizotimie, pe de o parte, de cicloidie și ciclotimie, pe de altă parte, nu sunt în întregime echivalenți. Primii vizează un comportament față de ambianță, iar ceilalți, dimpotrivă, evocă înainte de toate ideea unei variații ciclice, care se produce în timp. Se impunea o rectificare. Ceea ce caracterizează atât nebunia maniaco-depresivă cât și temperamentele corespunzătoare nu este atât un factor intermitent sau ciclic cât circumstanța că, în toate aceste stări, contactul cu realitatea este menținut. Kretschmer însuși a făcut să reiasă foarte clar lucrul acesta în descrierile sale. Toți acești indivizi, contrar schizofrenicilor și schizoizilor, nu pierd capactatea de a vibra la unison cu ambianța. Termenul „sintonie" exprimă mult mai exact caracterul esențial al atitudinii lor. Iată de ce Bleuler l-a preferat. Schizoidia și sintonia devin acum două funcții sau, cum spune Bleuler, două *principii vitale* al căror joc reciproc reglează atitudinea noastră cu privire la evenimentele, persoanele și obiectele din

ambianță. Ele se pot uni în proporții variabile și determină în felul acesta aspectul particular al fiecărui individ.

Pentru a ilustra importanța psihologică a acestor două noțiuni, am dat[25] următorul exemplu:

Doi tineri se decid să facă într-o duminică o excursie în munți. Unul dintre ei se bucură anticipat la ideea de a putea petrece o zi departe de zgomotul orașului. Imaginația sa îl face să vadă în fața ochilor tabloul naturii însorite, de care se va putea bucura pe înălțimile muntelui. Cumpără un ziar. Buletinul meteorologic prevede pentru după-amiază ceață și ploaie. Totuși, dorința sa de a petrece acea zi printre arbori și stânci este atât de vie încât încearcă să uite buletinul citit. El nu încetează să spere că meteorologul s-a înșelat; iar când, o dată ajuns la munte, este surprins de ploaie, când, în loc de soarele strălucitor, nu vede decât nori și ceață, el se întoarce acasă plouat; este pentru el o excursie ratată. Celălalt a citit și el ziarul, prevederea referitoare la ploaie nu a trecut neobservată de dânsul, dar nu are de gând să-și modifice din cauza aceasta conduita; un singur lucru contează, anume decizia de a merge la munte. O dată ce decizia este luată, el o execută, merge direct la țintă, fără a se preocupa de faptele noi ce i-ar putea fi aduse la cunoștință. Nici ploaia, nici ceața nu-l vor surprinde, așadar. Nu i-au fost ele prezise de meteorolog? Seara se va întoarce satisfăcut acasă: și-a îndeplinit hotărârea luată. Conduita celor doi tineri este, la exterior, aceeași. Comparând-o cu aceea a unui al treilea, care, după lectura buletinului, face cale întoarsă acasă, poate că am fi înclinați să vorbim de indiferență. Dar fondul psihologic este cu totul diferit în cele două cazuri: unul dintre tineri dorește să se cufunde în natură și în ambianță, pe când celălalt își menține cu grijă decizia și respinge orice influență străină, oricât de legitimă ar fi, care ar putea să i-o modifice. La primul prevalează elementele de sintonie, pe când conduita celuilalt corespunde din plin shizoidiei.

Desigur, nu judecăm un om după o singură reacție și nici după un singur gest. Cu toate acestea, dacă în diversele situații ale vieții particularitățile de comportament pe care le-am reliefat se reproduc cu regularitate, atunci deosebirea dintre individul schizoid și individul sinton se va profila tot mai clar în fața noastră. „Când am decis un lucru, trebuie să-l duc la îndeplinire cu orice risc – ne

spunea într-o zi un prieten –, iar aceasta chiar și atunci când, în cursul realizării proiectului, instinctul îmi spune că am pornit pe o cale greșită și că, insistând, nu pot decât să-mi dăunez. Dar e ceva mai presus de puterile mele: nu mă pot opri, rămân până la capăt sub influența deciziei luate. De altfel, toți din familie suntem așa, a adăugat el." Un sinton, care rămâne mereu în contact cu realitatea, care, urmărindu-și scopul, știe să-și conformeze conduita în raport cu contingențele realității, fără a face din aceasta în fiece clipă o chestiune de principiu, și care nu dă cu capul în obstacole de netrecut, un sinton, zic, nu ar ține niciodată un asemenea discurs. De altfel, această notă schizoidă se manifestă la prietenul nostru nu numai în domeniul voinței; ea se reflectă și în afecțiunile și dușmăniile sale, în reacțiile sale, precum și în fața unor evenimente grave sau a unor incidente futile ale vieții cotidiene, într-un cuvânt în toată ființa sa.

Așa este sintonul, pe de o parte, și schizoidul, pe de altă parte. Dacă aruncăm acum o privire de ansamblu asupra tuturor acestor exemple pe care le-am împrumutat fie de la Kretschmer, fie de la Bleuler, sau pe care le-am dat noi înșine, vedem lesne – fapt care este de reținut dacă vrem să înțelegem importanța reală a noțiunilor noi la care ne referim – că nici schizoidul și nici sintonul nu sunt cu totul superpozabili vreuneia dintre trăsăturile pe care le utilizăm de obicei spre a descrie caracterul unui individ, trăsături ca bunătatea, energia, sociabilitatea, onestitatea, simplitatea, iritabilitatea etc.[26]. Schizoidia și sintonia se plasează, ca să zicem așa, între aceste trăsături de caracter, dându-i fiecăreia dintre ele o tentă particulară și determinând astfel întregul mod de a fi al individului în raport cu ambianța. Schizoidul poate avea în viață reputația de a fi bun, onest, sociabil, energic, sensibil, iar sintonul la fel, deși ei vor fi foarte diferiți pentru cei care au simțul nuanțelor, nuanțe care, în viață, sunt în fond ceea ce este mai esențial. Sintonul posedă *intuiția măsurii și a limitelor*. El face în permanență dovada acestui lucru. Această intuiție „rotunjește pretutindeni colțurile" și permite să se înțeleagă și să se ghicească multe, iar uneori chiar prea multe lucruri. În consecință, viața sintonului poate fi comparată cu undele („runde, wellige Linie", cum spune Kretschmer), unde, adăugăm noi, prin care individul se lasă uneori purtat prea departe,

fără a reuși să prindă îndeajuns rădăcini, ca să-și afirme Eul și să progreseze în viață. Viața schizoidului, însă, va aminti mai degrabă o linie frântă, neregulată, în zigzag, plină de unghiuri ascuțite („*zackige, abrupte Linie*"), linie care prea adesea obosește ochiul, dar care marchează în spațiu o direcție mult mai precisă decât undele sintonului. Aceasta pentru că, în viață, sintonia atenuează ceea ce este prea colțuros și prea tranșant în schizoidie, în timp ce schizoidia este chemată să aprofundeze ceea ce este prea superficial și prea difuz în sintonie. Conflictul sintonului este căutarea Eului care pare să-i scape în fiecare moment; el trăiește prea mult în lucrurile din ambianță. Conflictul schizoidului este căutarea căilor de acces la realitate, către care nu întotdeauna izbutește să-și croiască drum.

C. Personalitatea umană potrivit concepției lui Delmas și a lui Boll[27]

Este întotdeauna util de confruntat noțiuni noi cu altele vechi de același ordin, mai ales dacă metodele folosite pentru a le elabora au fost aceleași. Or, în ceea ce privește metoda, există o asemănare frapantă, cum vom vedea numaidecât, între lucrările lui Kretschmer și ale lui Bleuler, pe de o parte, și studiul lui Delmas și Boll asupra *Personalității umane*, pe de altă parte. Tocmai de aceea ne vom îndepărta pe moment de studiul nostru și vom vorbi ceva mai detaliat de acest studiu.

Delmas și Boll încep prin a distinge două mari grupe de tulburări mentale: *psihozele lezionale* și *psihopatiile constitutive*[28]. Psihozele lezionale sunt întotdeauna dobândite; determinate de un agent nociv oarecare (toxinfecție, de exemplu), ele alterează în primul rând facultățile intelectuale și nu ne furnizează nici o informație despre aptitudinile înnăscute ale bolnavului. Anomaliile funcționale ale psihozelor constitutive, dimpotrivă, par transmise ereditar de către germenii concepționali. Ele se raportează nu la facultățile intelectuale, ci la factorii vieții afectivo-active a individului. Fiecare psihoză constitutivă reprezintă eflorescența unei modalități speciale de dezechilibru psihic; există tot atâtea modalități de

dezechilibru câte psihopatii constitutive; aceste modalităţi sunt acum bine individualizate, definite şi clasate sub numele de constituţii psihopatice. Clasificarea acestor constituţii este astfel calchiată pe aceea a psihozelor constitutive. În consecinţă, celor cinci psihoze constitutive admise de Delmas şi Boll ca punct de plecare – paranoia, nebunia morală, mitomania, maniomelancolia, hiperemotivitatea morbidă (psihoză hiperemotivă) – le corespund exact cinci constituţii psihopatice: paranoică, perversă, mitomaniacă, ciclotimică şi hiperemotivă.

Până aici Delmas şi Boll urmează lucrările alieniştilor francezi cu privire la constituţiile morbide. Ei fac totuşi un pas înainte, trecând bariera dintre patologic şi normal şi prelungind cele cinci şiruri de care am vorbit în domeniul psihismului normal, la fel cum Kretschmer şi Bleuler au făcut în raport cu nebunia maniaco-depresivă şi schizofrenia: „Constituţiile psihopatice apar doar ca nişte hipertrofieri sau atrofieri ale dispoziţiilor psihice normale, iar clasificarea constituţiilor permite clasificarea dispoziţiilor, nerelevând între cele două grupe decât o deosebire de grad şi nu de natură."[29]

Fiecărei constituţii psihopatice îi corespunde o dispoziţie psihică specială. Psihopatologia devine astfel o metodă fecundă de descoperire şi clasificare a dispoziţiilor afectivo-active ale personalităţii umane. Este de altfel *singura* metodă care a dat, după opinia lui Delmas şi Boll, rezultate apreciabile în acest domeniu şi care pare să poată ajunge la o veritabilă sinteză a psihologiei, sinteză considerată de mulţi psihiatri şi psihologi, dat fiind eşecul psihofizicii şi al psihofiziologiei, ca fiind himerică sau cel puţin prematură[30].

Celor cinci psihoze constitutive, ca şi celor cinci constituţii psihopatice le corespund cinci dispoziţii fundamentale de ordin afectivo-activ. Acestea sunt: aviditatea, bunătatea, sociabilitatea, activitatea şi emotivitatea. Nu există decât o deosebire de grad între psihoze, constituţii morbide şi dispoziţii, patologicul nefiind aici altceva decât o hipertrofie sau o atrofie a unor factori normali. Hipertrofia avidităţii duce la constituţia paranoică, atrofia bunătăţii duce la constituţia perversă etc.

Personalitatea afectivo-activă a unui individ este formată din sinteza, fixată o dată pentru toate, a celor cinci dispoziții. Forța și jocul lor reciproc contribuie la determinarea comportamentului particular al fiecăruia și pot astfel servi drept bază pentru clasificarea temperamentelor și caracterelor.

Metoda utilizată de Delmas și Boll – acum vedem clar lucrul acesta – este exact aceeași ca metoda de care s-au servit Kretschmer și Bleuler. Și într-un caz și în celălalt, plecând de la date nosologice, ajungem la noțiuni psihologice de ordin general. Această semilitudine pare a fi o garanție a valorii metodei utilizate. Amintim aici că această metodă, bazată pe ideile de similaritate și de preexistență, satisface trebuința noastră cauzală și că fundamentarea sa n-ar putea fi pusă la îndoială din această cauză. Cu toate acestea, rezultatele obținute sunt divergente. Cinci șiruri de o parte și numai două de cealaltă parte și, în plus, aceste șiruri sunt toate diferite. Iată-ne din nou derutați. Există oare contradicție absolută între cele două tentative întreprinse, în fond, în același spirit? Ne găsim în fața alternativei de a opta pentru una sau pentru cealaltă? Credem că nu. Dimpotrivă, ni se pare util să cercetăm ce poate avea de preț și valabil fiecare din ele.

Este imposibil să epuizăm aici problema. O analiză critică integrală ar depăși cu mult scopul acestui studiu. Ne vom mulțumi deci cu câteva remarci de ordin general.

Delmas și Boll trec demența precoce în rândul psihozelor lezionale. Cercetările asupra eredității ne fac totuși să admitem prezența unui factor constituțional în patogenia acestei afecțiuni. Și pare a fi vorba aici nu pur și simplu de o predispoziție în sensul unei minime rezistențe la agenții novici exogeni, ci de-a dreptul de un factor formativ, susceptibil să determine aspectul particular al psihozei. Existența acestui actor n-ar putea fi deci neglijată în cazul demenței precoce (schizofrenie), acolo unde este vorba de psihopatii constitutive, chiar și în cazul extrem în care s-ar demonstra că apariția demenței precoce nu s-ar putea produce fără intervenția unei cauze exogene. De altfel, la fel s-ar părea că stau lucrurile în cazul epilepsiei[31]. Nici aici psihiatria nu se poate lipsi de cercetări genealogice. Și nu este singurul aspect pe care suntem obligați să-l discutăm aici.

Delmas și Boll admit cinci dispoziții afectivo-active. Constituțiile psihopatice și psihozele nu ar fi decât o hipertrofie sau o atrofie a acestora. Fiecare dintre aceste dispoziții poate deci suferi, în principiu, o deviație în cele două sensuri: o exagerare și o diminuare. Cele cinci dispoziții ar trebui, așadar, să genereze un număr dublu, adică zece constituții patologice și, drept urmare, zece psihoze. În realitate, însă, nu există decât cinci. Aceasta face ca întregul edificiu să fie incomplet. Delmas și Boll fac în acest caz să intervină considerații de ordin practic pentru a înlătura această dificultate. „Se cuvine să stăruim asupra faptului că importanța relativă a acestor două deviații a fost fixată de practica vieții; viața individuală și colectivă este aceea care ne face să considerăm cutare hipetrofie ca fiind patologică, adică dezastruoasă pentru subiect sau pentru specie, din cauza reacțiilor pe care le poate determina, pe când atrofia corespunzătoare este socotită o simplă anomalie de temperament, întrucât este lipsită de ecou dăunător; acesta este cazul hiperemotivității, cu consecințe adesea dureroase în raport cu impasibilitatea, de obicei inofensivă, și de asemenea cazul paranoiei față de abulie.“[32] Hipertrofia sociabilității dă naștere constituției și apoi psihozei mitomaniace; atrofia acestei dispoziții nu duce atât de departe, dar „rezultă totuși uneori inconveniente notabile, așa după cum stă mărturie sensul peiorativ atribuit cuvântului cinism sau excesului de franchețe, care merge adesea mână în mână cu incorectitudinea, nepolitețea sau chiar insolența“[33]. Dar prea marea nepăsare nu poate fi la fel de dezastruoasă pentru subiect ca o aviditate exagerată pentru el și pentru colectivitate? Iar unii dintre nepăsători nu se prezintă sub acest aspect particular, întrucât dorințele lor nu mai sunt stimulate de apelurile vieții exterioare? Nu este oare uneori, în aceste cazuri, vorba de „schizoizi“? Și, asemenea „cinicilor“, care aplică principiul adevărului într-un mod rigid, fără a se sinchisi câtuși de puțin de situația ambiantă și depășind limitele dictate de intuiție, nu trebuie ei trecuți în aceeași categorie? Kretschmer îi categorisește și pe unii și pe ceilalți drept schizoizi.

Există astfel, chiar în sistemul lui Delmas și Boll, loc și pentru considerații de un alt ordin. Pare totuși imposibil să facem să intre aici în întregime noțiunile de sintonie și de schizoidie, acordându-le

cu liniile directoare ale acestui sistem. Aceasta din cauză că schizoidia și sintonia se situează pe un alt plan, după cum vom încerca să arătăm imediat.

Schizoidia și sintonia se comportă ca *două contrarii*: una rupe contactul vital cu realitatea, cealaltă îl menține; clasificarea temperamentelor, rezultată de aci, oricât de săracă ar părea, pare a fi completă și formează un *sistem*. Cel mult putem admite încă o modificare a contactului cu ambianța, caracterizată, contrar schizoidiei, printr-o adezivitate prea mare. Această modificare s-ar găsi realizată printr-un întreg mod de a fi și în special prin afectivitatea vâscoasă și colantă a constituției epileptoide sau glișroide (de la γλισχρος = vâscos), descrisă de doamna Minkowska[34] drept fundament constituțional al manifestărilor epileptice, prin analogie cu schizofrenia și sintonia, în raporturile lor cu schizofrenia și cu nebunia maniaco-depresivă.

Delmas și Boll ne mai spun, e adevărat, că acel cadru propus de ei li se pare atât precis, cât și complet, numărul factorilor degajați neputând fi sporit[35]. Să aliniem totuși cele cinci dispoziții afectivo-active: aviditate, sociabilitate, bunătate, activitate, emotivitate. Dacă le examinăm în ele însele, legătura care le atașează unele de altele nu reiese nicidecum cu claritate; posibilitatea de a adăuga aici un număr nedeterminat de alte dispoziții nu pare deloc exclusă. Cadrul prezentat trebuie el cu adevărat, în aceste condiții, să fie considerat drept complet și definitiv? Nu s-ar părea deloc, prin el însuși. Totuși, autorii săi îl consideră ca atare. O fac dând sistemului lor un punct de sprijin luat dintr-o cu totul altă serie de date. Ei îl atașează, ca urmare a unor considerente psihofilogenetice, la proprietăți biologice primordiale: nutriție, procreare, motilitate; a patra proprietate, receptivitatea, este pusă în corelație cu aptitudinile intelectuale[36].

De data aceasta clasificarea are un fundament mai solid; factorii biologici menționați par să reprezinte realmente toate proprietățile elementare și esențiale ale vieții. Dar, în același timp, întreaga concepție a dispozițiilor afectivo-active și, cu ea, aceea a personalității umane capătă o orientare net naturalistă și biologică. Desigur, nu le facem reproșuri în această privință lui Delmas și Boll, noi fiind cei dintâi convinși de legitimitatea și utilitatea unor

asemenea concepții. Dar este aceasta singura, este ea mai ales cea mai bună manieră de abordare a studiului personalității umane și al situării ei în lume?

Orientarea biologică domină întregul studiu al lui Delmas și Boll și determină ideile pe care ei le dezvoltă asupra evoluției și vieții personalității umane. Personalitatea dobândită, după părerea lor, „în cursul anilor se unește cu personalitatea nativă, fără a modifica de altfel natura primitivă a acesteia, care, în fond, rămâne mereu aceeași". „Pe măsură ce subiectul ia contact cu mediul care îl înconjoară, pe măsură ce, sub influența dispozițiilor afectivo-active și cu ajutorul aptitudinilor intelectuale, individul încearcă să se adapteze și să utilizeze evenimentele exterioare, personalitatea nu rămâne fixă și imuabilă; ea este determinată să se modifice nu în natura sa primitivă, ci în modul de a se manifesta, altfel spus, în comportamentul său."[37] Omul dobândește cunoștințe, înmagazinează amintiri, își îmbogățește experiența, capătă deprinderi și obișnuințe, stabilește reguli de conduită și, punând toate aceste achiziții în mișcare, în același timp cu dispozițiile și aptitudinile sale înnăscute, el caută *să se adapteze cât mai bine la mediul în care trăiește*. Parcurge astfel cele trei stadii ale evoluției sale: viața pasivă, viața spontană și viața reflexivă, aceasta din urmă prezentându-se *„ca un efort de conciliere a celor două vieți precedente, ca o adaptare din ce în ce mai adecvată a individului la mediu*"[38].

Interacțiunea dintre individ și mediu este redusă astfel la factorul pur biologic al adaptării. Dar se epuizează oare în felul acesta realmente corelațiile complexe care există, în viață, între personalitatea umană și lume și care determină mersul neîncetat înainte al uneia și al celeilalte?

Putem spune că dacă, într-adevăr, adaptarea este singura pârghie a evoluției personalității umane, de multă vreme această adaptare ar fi lucru făcut; umanitatea și lumea s-ar găsi imobilizate într-o stare de echilibru, participând cel mult, în mod pasiv, la eterna mișcare astrală. Dar aceasta nu este și nu va fi niciodată. Pentru că în viața noastră intervine cu putere un factor de un cu totul alt ordin: *înflorirea personalității*. Omul face mai mult decât să se adapteze: el *creează* și, în acest neîncetat efort creator, antrenează cu el întreg

universul și îl face să progreseze în mod constant. El caută în acest caz să imprime pecetea sa personală ambianței, să se elibereze de legăturile pe care aceasta le-a impus naturii sale, să reducă adaptarea la un strict minimum, exact la limita care n-ar putea fi trecută nepedesit..., căci de cealaltă parte este abisul, prăpastia în care rațiunea începe să se năruie.

Nu am putea azi să neglijăm acest aspect al personalității umane, nici problemele care se pun în fața noastră. Domnul Bergson nu și-a intitulat una din operele sale principale *Evoluția creatoare*? Dar citând o operă filosofică într-o lucrare ce tratează date de psihiatrie nu depășim noi într-un mod straniu limitele științei noastre? Unii ar fi foarte dispuși să o afirme. Ei vor judeca eforturile noastre în consecință. Cu toate acestea, orice filosofie bună este bogată în învățăminte psihologice. Psihiatria nu se va putea lipsi de aceasta. În mod cert ea nu va avea nimic de pierdut, ci, fără îndoială, va avea mult de câștigat.

Aceleași idei, de altfel, își fac apariția într-un alt domeniu al gândirii umane, foarte apropiat de știința noastră. Este suficient să amintim locul important pe care un neurobiolog de talia domnului von Monakow[39] îl acordă, în considerațiile sale de ordin general, *tendinței de perfecționare* (*Trieb zur Vervollkommnung*). După părerea sa, această tendință traversează întregul șir al ființelor animate, alăturându-se astfel, ca entitate autonomă, celorlalte instincte primordiale. Seria proprietăților biologice, pe care domnii Delmas și Boll își întemeiază dispozițiile lor afectivo-active, nu epuizează poate caracterele esențiale ale devenirii biologice.

Noțiunile de schizoidie și de sintonie, dimpotrivă, țin seama de această latură a vieții individului. Tocmai în înflorirea personalității acea eternă antiteză Eu–lume, sursă de conflicte și de sfâșieri, dar și de bucurii dintre cele mai profunde și pure, se situează cu întreg caracterul ei dramatic, care îi este propriu. Modul în care individul abordează această antiteză, modul în care o integrează în viața sa constituie una din trăsăturile cele mai esențiale ale evoluției sale personale. Noțiunile de schizoidie și sintonie, vizând comportamentul individului în raport cu ambianța în general, sunt aplicabile aici, iar noi vedem în această circumstanță un avantaj de necontestat.

Evident, nu vrem să spunem că aceste noțiuni ar fi chemate să epuizeze ele singure întreaga problemă. Dimpotrivă, credem că o confruntare îndeosebi a constituției emotive susținute de școala franceză (Dupré și elevii săi) cu ceea ce Kretschmer numește polul hiperestezic al constituției schizoide ar fi de cel mai mare interes. Este suficient să amintim că fenomene psihopatice foarte caracteristice, cum ar fi obsesiile reale, nu sunt înțelese prin cercetările lui Kretschmer, acestea având drept obiect exclusiv opoziția nebuniei maniaco-depresive cu schizofrenia, precum și constituțiile corespunzătoare. Desigur, nu vrem să discutăm aici problema extrem de complexă a structurii psihologice a obsesiilor, nici raporturile nosografice existente între cele două psihoze în chestiune. Vrem pur și simplu să spunem că reacțiile hiperestezice ale schizoizilor și constituția hiperemotivă cer să fie și mai mult diferențiate; este mai mult decât probabil că avem aici de-a face cu factori constitutivi diferiți care, exagerându-se, pot duce la manifestări psihopatice, cu totul diferite și ele.

Ne mulțumim să remarcăm în legătură cu aceasta că hiperemotivul își simte hiperemotivitatea ca pe ceva care îl stingherește, ca pe o slăbiciune; el caută s-o domine, cere ajutor semenilor când ea amenință să-l copleșească. Schizoidul, însă, se confundă și mai mult cu hiperestezia sa, asociază la aceasta ideea personalității sale și este cât pe ce să vadă aici o superioritate față de ceilalți. Hiperemotivul *se ascunde* bucuros în fața vieții, ca ființă temătoare ce este; schizoidul hiperestezic, spre a se pune așa-zicând la adăpost de loviturile vieții, *se îndepărtează cu totul* de aceasta; el devine distant, nu cere sfatul nimănui și se închide în turnul său de fildeș, spre a rămâne singur cu sufletul său sensibil, spre a-i privi de sus, „aristocratic", pe ceilalți zbătându-se. Tot așa, obsesia reală este întotdeauna resimțită de către hiperemotiv ca un corp străin, ca parazit care pătrunde în psihismul său; el *luptă* conta obsesiei. Fenomenele obsesionale, atunci când apar la un schizofrenic, au un cu totul alt caracter; bolnavul se identifică tot mai mult cu ele și pune în mișcare întreaga sa „logică" spre a demonstra temeiul lor. Vom reveni în capitolul următor asupra acestei probleme.

Oricare ar fi de altfel deosebirea, noţiunile de schizoidie şi de sintonie, pe de o parte, şi noţiunile admise de Delmas şi Boll, pe de altă parte, nu rămân mai puţin situate pe două planuri diferite. Ele nu sunt în întregime superpozabile. Este, în fond, o concluzie care decurge din tot ce s-a spus mai sus. Formulând-o, considerăm îndeplinită sarcina pe care ne-am fixat-o. Scopul nostru principal este aici să încercăm să *determinăm* diversele concepte ale psihiatriei contemporane. Numai în felul acesta va deveni posibil să evităm ca acele concepte aflate pe planuri diferite să se opună unele altora, să restrângem discuţiile pur verbale şi să facem ca toate eforturile noastre, în aparenţă disparate, dimpotrivă, să conveargă spre acelaşi ţel: progresul ştiinţei noastre.

Să ne grăbim să adăugăm că noţiunile de schizoidie şi de sintonie nu au nicidecum pretenţia de a fi universale şi capabile să rezolve toate problemele. A încerca, de exemplu, să reduci deosebirile observate între locuitorii din Nord şi cei din Sud la aceste două noţiuni ar fi, după părerea noastră, o treabă pe cât de puerilă tot pe atât de inutilă. Să spunem, în consecinţă, că rusul este mai sinton decât francezul, întrucât la el atmosfera afectivă devine adesea scop în sine, fiind înclinat să o cultive, văzând în ea chiar sensul vieţii, în multe cazuri în detrimentul acţiunii, pe când la francez afectivitatea rămâne întotdeauna subordonată unui dinamism pragmatic, care o ghidează şi o limitează? Cu siguranţă, nu. Alte noţiuni, cu culori mai vii şi mai variate vor reda desigur mai fidel aceste nuanţe subtile privind deosebirile de afectivitate dintre rase. Noţiunile de schizoidie şi de sintonie se aplică la viaţa normală; ceea ce este exact. Dar ele sunt derivate din conceptele nosografice şi nu vizează astfel decât anumite laturi ale vieţii. Vrem să spunem prin aceasta că, deşi le aplicăm la viaţa normală, o facem *în calitate de psihiatri*, adică făcând să reiasă de aici particularităţi care pot fi puse în raport cu noţiunile noastre clinice. Lucrul acesta este deja remarcabil, deoarece, în loc de a căuta peste tot patalogicul, cum făceam odinioară, încercăm, dimpotrivă, să apropiem patologicul de normal. Dar noi nu suntem numai psihiatri, iar viaţa normală nu este mai presus de toate sursa generatoare de tulburări mentale. Iată de ce în viaţă, în viaţa adevărată, noţiunile noastre se dovedesc repede insuficiente. Realitatea le depăşeşte în fiecare moment.

D. Probleme puse în psihiatrie de introducerea noțiunilor de schizoidie și sintonie

1. *Schizoidie și schizofrenie: teren și maladie.* Un element important pătrunde în prezent din ce în ce mai mult în cercetările și analizele noastre clinice: *ideea de predispoziție sau de teren.* Psihiatria urmează, din acest punct de vedere, evoluția patologiei generale. Am arătat, în lucrările noastre anterioare, cum s-au format conceptele de demență precoce (Kraepelin) și de schizofrenie (Bleuler), ca „maladii mentale". Până în prezent putem fi înclinați să credem că procesul morbid, bine definit, pătrunde ca o forță străină în personalitatea sănătoasă și își continuă apoi aici progresiv travaliul distructiv, luând, ca să zicem așa, pe cont propriu toate simptomele constatate. În prezent lucrurile își schimbă aspectul. Intervine rolul terenului. În acesta se găsesc preformate, ca să zicem așa, caracterele esențiale ale psihozei viitoare, aceasta nefiind decât exagerarea caracterului normal. Noțiunea de schizofrenie, ca maladie mentală, tinde în prezent să se descompună în doi factori de ordin diferit: avem mai întâi schizoidia, factor constitutiv, prin excelență specific, mai mult sau mai puțin invariabil prin el însuși în cursul vieții individuale; iar în al doilea rând avem un factor nociv, de natură evolutivă, capabil să determine un proces morbid mental. Acest factor nu are prin el însuși o tentă bine definită, el este de o natură mai indiferentă, iar tabloul pe care îl va oferi depinde înainte de toate de terenul pe care va acționa. Asociat cu schizoidia, el o va transforma în *proces morbid specific* în *schizofrenie*, care va evolua și va duce, în cele din urmă, la o stare deficitară, caracteristică pentru această afecțiune.

O analiză mai aprofundată a datelor care privesc transmiterea ereditară a schizofreniei pare să confirme acest mod de a vedea. Această analiză arată că schizofrenia se comportă ca un caracter dihibrid, ceea ce înseamnă că existența simultană a două elemente germinative diferite este necesară pentru ca schizofrenia să poată apărea.

Lui Eugène Kahn[40] îi revine meritul de a fi insistat în mod deosebit asupra necesității de a descompune noțiunea de schizofrenie în cei doi factori ai ei. Oricât de schematică ar fi această tentativă, ea nu ar putea fi neglijată, oferind, pe de-o parte, cum vom

vedea, puncte de reper pentru interpretarea biologică a modului de transmitere ereditar a fenomenelor mentale studiate și punând, pe de o altă parte, probleme importante și interesante pentru noi.

Căci dacă factorul evolutiv al schizofreniei este modul cel mai frecvent de activare morbidă a terenului schizoid, el nu este totuși în mod necesar singurul. Găsim uneori simptome schizofrenice (catatonice și altele) în cursul altor afecțiuni, cum ar fi paralizia generală, de exemplu. Ar trebui să se vadă dacă antecedentele personale sau familiale ale acestor bolnavi nu permit să se admită la ei existența unui factor „schizoid". Aceasta ar explica în acest caz apariția acestor simptome neobișnuite. El le-ar da naștere acum sub influența activantă a paraliziei generale. O serie de cercetări întreprinse în această direcție au furnizat date extrem de interesante[41]. Această problemă a trezit din nou interes în zilele noastre, în condițiile unor fapte clinice noi, observate în urma tratamentului paraliziei generale prin inocularea malariei. Ne referim la acei bolnavi care, supuși acestui tratament, acuză, e adevărat, o retrocesiune a simptomelor specifice paraliziei generale, dar la care apar acum tulburări cu totul asemănătoare acelora ale schizofreniei. Aici, în consecință, s-ar putea cerceta dacă aceste fapte, surprinzătoare la prima vedere, se lasă explicate prin existența la acești indivizi a unei constituții schizoide.

La fel, studiindu-se tulburările mentale observate ca efect al encefalitei letargice, putem încerca să stabilim raporturile de similitudine dintre aceste tulburări și acelea care constituie tablourile clinice ale psihozelor clasice[42], pentru ca apoi să cercetăm, pe deasupra problemelor anatomopatologice, până la ce punct această similitudine poate fi redusă la existența, în cele două serii de fapte, a unor constituții asemănătoare.

Pe de altă parte, coexistența schizoidiei cu un factor patologic de natură ciclică ar determina, în virtutea aceluiași principiu, o formă periodică de schizofrenie, în timp ce același factor ciclic, asociat cu „sintonia", ar sta la originea nebuniei maniaco-depresive.

O dată ce entuziasmul primei ore a trecut, ar trebui să ne întrebăm dacă o constituție schizoidă se lasă realmente constatată la *toți* schizofrenicii. Unele cazuri par să infirme acest mod de a vedea. Schizofrenia pare să apară uneori pe un teren pe care nu l-am

putea califica drept schizoid. Dacă aceste constatări s-ar confirma, atunci ar deveni necesară rectificarea ipotezei care îi atribuie rolul formativ exclusiv constituției individului.

Evident, nu există decât o singură cale de rezolvare a tuturor acestor probleme: calea empirică. Numai observația clinică, sprijinită de cercetări genealogice, va putea da, cu timpul, un răspuns satisfăcător tuturor acestor întrebări. De altfel noi nu le-am putea aici aprofunda mai mult. Am ținut doar să menționăm pe scurt aceste chestiuni, deoarece, după opinia noastră, ceea ce face valoarea unei noțiuni noi nu este doar cantitatea de fapte pe care le explică, ci și numărul și importanța problemelor pe care le pune. Problemele menționate pledează îndeajuns în favoarea importanței noțiunii de schizoidie.

În încheiere, încă o remarcă. Dacă aruncăm o privire asupra celor spuse, nu este greu să recunoaștem că schizoidia și schizofrenia, în calitatea lor de concepte, rămân net separate una de alta. Una vizează un actor constitutiv și este de aceea, în principiu, imuabilă la unul și același individ, pe când cealaltă este o maladie care tinde să progreseze și care o și face realmente acolo unde mecanismele de apărare care îi pot opune psihismul nu reușesc s-o juguleze. Iată de ce atunci când domnișoara Pascal și domnul J. Davesne, într-un recent articol[43], spun: „Bleuler a descris foarte bine un grup de *bolnavi*[44] – schizoizii – care au sucombat în luptă și care s-au retras în cotloanele psihismului pentru a-și retrăi visul lor decepționat", ei sunt departe de a exprima în mod fidel concepția lui Bleuler. Iar când ei adaugă: „Claude[45] și elevii săi admit constituția schizoidă, dar demonstrează că nu ea este aceea care face psihoza", ei nu țin seama de cele spuse de Kretschmer, Bleuler, Kahn și alții și, dacă nu mă înșel, depășesc în mod bizar gândirea școlii de la Sainte-Anne, gândire despre care vom vorbi în mod detaliat în capitolele ce urmează.

Cu toate acestea, oricât de clară ar fi delimitarea conceptelor de schizoidie și de schizofrenie, în practică, așa cum s-a întâmplat întotdeauna, dificultățile nu întârzie câtuși de puțin să apară. Orice individ evoluează, se maturizează, îmbătrânește. Admițând că, în linii mari, comportamentul său rămâne același, pot să apară totuși modificări apreciabile. Așa cum se spune, viața, cu loviturile ei

inevitabile, formează caracterul; perioade deosebit de agitate, atât din punct de vedere biologic, cât și psihologic, cum sunt pubertatea sau bătrânețea, nu trec fără a lăsa urme profunde. Aceasta este o regulă generală, care îl privește pe schizoid, ca și pe oricare alt individ. Schizoidul, chiar dacă rămâne schizoid de la un capăt la altul al existenței sale, nu va avea exact același aspect psihologic la vârsta de treizeci sau șaptezeci de ani, cum a avut la cincisprezece ani. Schizoidia va evolua o dată cu el. Kretschmer vorbește în acest sens de o *deplasare a proporției psihoestezice* (*Verschiebung der psychaesthetischen Proportion*), deplasare care se produce, în marea majoritate a cazurilor, spre polul anestezic.

În felul acesta este adusă o atingere noțiunii de schizoidie, ca factor imuabil. Este adevărat că modificările care îi sunt astfel atribuite nu depășesc, în ceea ce privește întinderea lor, schimbările produse cu vârsta la orice ființă umană și că nu prezintă, în consecință, nimic „maladiv". Ceea ce pare de o simplitate perfectă. Din nefericire doar în teorie, căci cine ar putea să spună la fel despre practică, în prezența unei accentuări notabile, în perioada pubertății, a anesteziei afective, dacă este vorba exclusiv de o deplasare a proporției psihoestezice sau de un veritabil puseu schizofrenic. Și oare n-am avea atunci de-a face – la adulții pe care, din cauza anomaliilor lor de caracter, îi calificăm drept schizoizi, în sensul dat de Kretschmer termenului – în realitate cu sechele ale unui puseu de schizofrenie mai vechi? Kretschmer își dă seama perfect de această dificultate și nu ostenește să repete că este extrem de greu, dacă nu imposibil, să separi, din punct de vedere psihologic, ceea ce ține de psihoză și ceea ce nu este decât schizoidie nonpsihotică. Această dificultate devine, în mod cu totul firesc, punctul de pornire al criticilor adresate lui Kretschmer. Spre a nu cita decât câteva exemple, Bumke[46] emite opinia că schizoidia lui Kretschmer se reduce la neant, dacă se deduce din ea, pe de o parte, ceea ce aparține normalului și ceea ce, pe de altă parte, nu este, în fond, decât o formă atenuată de schizofrenie. Berze[47] crede și el că majoritatea schizoizilor nu sunt nimic altceva decât forme atenuate de schizofrenie. Berze păstrează totuși noțiunea de schizoidie, dar îi restrânge vizibil importanța; el o vrea aplicată doar psihopaților cu un aspect particular, caracterizați, după părerea lui, de o

„hipersensibiliate aperceptivă a sistemului psihocerebral" și susceptibili de a deveni, prin urmare, schizofrenici veritabili.

Dar oricare ar fi rezultatul acestei controverse și chiar dacă, la urma urmelor, schizoidia lui Kretschmer ar trebui în întregime considerată drept schizofrenie atenuată, concluzie care ne-ar putea fi impusă de cercetări anatomopatologice, biochimice etc., chiar în acest caz, repetăm, opoziția netă a noțiunilor de schizoidie și de schizofrenie nu ar fi lipsită de valoare. Avem deci tot interesul să o păstrăm, bazându-ne pe ea ca atare, fără a uita că schizoidia descrisă de Kretschmer vizează un factor imuabil în principiu, pe când schizofrenia este o maladie. Între aceste două noțiuni nu este loc pentru o noțiune nouă, ceea ce n-ar face decât să complice problema.

2. *Schizoidie și sintonie ca bază a schizofreniei și nebuniei maniaco-depresive*[48]

a) *Schimbare de orientare*. Noțiunile de schizoidie și de sintonie proiectează acum o rază de lumină îndărăt, asupra marilor entități clinice din care au ieșit, adică asupra nebuniei maniaco-depresive și asupra schizofreniei.

În modul în care s-au format progresiv noțunile de nebunie maniaco-depresivă și de demență precoce și în care ele au ajuns, în cele din urmă, să se opună una alteia drept cele două entități principale din domeniul psihozelor endogene modul de evoluție a jucat inițial un rol preponderent. Periodicitatea, intermitența, alternanța stărilor de depresie și de excitație, constatate în nebunia maniaco-depresivă, par a constitui un semn distinctiv suficient în raport cu agravarea progresivă și continuă din schizofrenie. Cu toate acestea, cu timpul se vădește că, dacă nu vrem cu adevărat să apropiem tablouri clinice prea diferite, este cu neputință să ne mulțumim cu acest criteriu. Evoluția progresivă către o stare deficitară durabilă este departe de a fi un atribut constant și necesar al tuturor formelor de demență precoce. S-au semnalat vindecări tardive. Pe de altă parte, în demența precoce este vorba adesea de remisiuni care merg uneori atât de departe încât Mignard a putut spune într-o zi, la Societatea medico-psihologică, că aceste remisiuni nu sunt în fond nimic altceva decât vindecări care au marele cusur de a-i stingheri

pe alieniști, adică de a nu vrea să se conformeze ideilor lor preconcepute și pronosticului dat în virtutea acestora. Mai mult, Kraepelin admite, în a sa clasificare a demenței precoce, forma periodică, la fel ca Chaslin, ca să nu cităm decât pe acești doi psihiatri eminenți, în Manualul său vorbește de catatonie periodică[49]. Știm, de asemenea, că stările de depresie sau de excitație sunt extrem de frecvente în cursul unei demențe precoce. Există, pe de altă parte, stări de melancolie sau de manie care, fie dintr-o dată, fie după mai multe accese anterioare, se prelungesc în mod indefinit, devin cronice, fie păstrând, cel puțin în linii generale, caracterele lor primitive, fie, ceea ce este mult mai frecvent, dând naștere progresiv unor stări de disociere din ce în ce mai accentuate. Rogues de Fursac, după ce a atașat la demența precoce toate acele stări care, după părerea lui, țin de această afecțiune, menține totuși noțiunea de „stări maniaco-depresive cronice“[50], stări care, „oricât de rare ar fi în accepțiunea vechilor autori, nu constituie mai puțin o realitate“. Nici în aceste cazuri pronosticul nostru favorabil, formulat la debutul afecțiunii, nu se confirmă.

Modul de evoluție luat singur se arată deci insuficient pentru delimitarea celor două psihoze. Alți factori trebuie să-i vină în ajutor sau chiar să-i ia locul.

Simpla enumerare de simptome nu duce câtuși de puțin la scop. Reproducem aici, subscriind întru totul la ea, opinia lui Binet și Simon[51] cu privire la valoarea simptomelor în psihiatrie. Acești autori găsesc că descrierea obișnuită a diverselor stări mentale este adesea derutantă. Credem că am înțeles o maladie și că suntem în stare s-o recunoaștem, dar este de ajuns să întoarcem pagina manualului și să trecem la maladia următoare ca să fim din nou în încurcătură. Regăsim aproape aceeași stare mentală, „toată acea simptomatologie banală se repetă mai mult sau mai puțin de la o maladie la alta, dând dezolanta impresie că avem mereu de-a face cu același lucru. Literatura este invadată de observații care abundă în detalii, dar care sunt inutilizabile, pentru că în ele se găsește totul în afară de esențial“. „Mulți autori au greșit introducând în definițiile psihiatrice toată această simptomatologie supărătoare. Devine necesară schimbarea metodei. Sinteza trebuie să înlocuiască analiza. Anumite simptome sunt caracteristice, altele sunt banale,

sau mai degrabă există în fiecare simptom o parte banală, ce trebuie neglijată, și o parte caracteristică, ce trebuie reținută. Trebuie precizate caracterele specifice ale simptomelor fiecărei forme studiate, căci *ceea ce interesează nu sunt simptomele, ci starea mentală care le condiționează*." În fața metodei lui Kraepelin, care este metodă „de eșantionaj" și care n-a putut crea decât unități „ezitante", trebuie să erijăm o alta, care este îndeosebi, cum spun Binet și Simon, metoda alieniștilor francezi. Ea constă *„în a căuta esențialul, sufletul alienatului, și în a pune pe planul doi atitudinile, gesturile, cuvintele, infinitatea detaliului*".

Concepția bleuleriană privind schizofrenia răspunde cât se poate de bine acestor postulate formulate de Binet și Simon. În lucrarea sa capitală asupra schizofreniei, Bleuler pune pe prim-plan simptomele *elementare* care se raportează la ideație, la afectivitatea și la volițiunile schizofrenicilor. Mai mult, iar acesta poate că este punctul cel mai important al concepției sale, de la un capăt la altul al lucrării sale se desprinde ideea unui comportament particular al bolnavului față de ambianță. Ne mulțumim să dăm aici, pentru memorie, un singur exemplu: „În timp ce maniacul (bolnavul de nebunie maniaco-depresivă) – spune Bleuler – absoarbe cu aviditate lumea exterioară și se ocupă în permanență de ea, maniacul schizofrenic se dezinteresează mai mult sau mai puțin de aceasta." Reluând cuvintele lui Binet și Simon, am fi înclinați să spunem: latura banală și neglijabilă în aprecierea afecțiunii este excitația, iar latura esențială este modul de a fi al bolnavului în raport cu lumea ambiantă. La fel stau lucrurile și în privința altor simptome.

Noțiunile de schizoidie și de sintonie, elaborate de atunci încoace, fac lucrurile și mai izbitoare. Putem spune în prezent că *alienatul atins de nebunie maniaco-depresivă rămâne sinton, în pofida tulburărilor sale mentale, pe când schizofrenicul nu*. După toate cele spuse asupra schizoidiei și sintoniei, în nici un caz nu am mai putea considera această scurtă frază ca fiind o formulă lipsită de sens.

Nu mai este deci vorba de deosebiri de evoluție, nici de compararea a două șiruri de simptome de o lungime indefinită. Punctul central este situat altundeva. Așa după cum schizoidia și sintonia se plasează, cum spuneam, între trăsăturile particulare ale

caracterului, fie el normal, fie anormal, la fel ele se plasează acum, în domeniul psihozelor, între simptome, dându-le tuturor o tentă particulară. Ele nu mai sunt un simptom în plus, ci constituie „latura esențială" a simptomelor și determină „starea mentală care le condiționează".

Dar este mai mult decât atât. Schizoidia și sintonia nu sunt caractere specific morbide. Le regăsim la indivizii normali. Ele sunt, cum spune Bleuler, două principii vitale. Am adus astfel, poate chiar fără a o bănui, încă o modificare profundă metodei noastre de cercetare. Nu ne mai mulțumim să precizăm doar latura deficitară a psihozelor, să descriem prin ce nebunii sunt nebuni, ci facem să reiasă și ceea ce îi apropie de reacțiile și de comportamentul indivizilor normali. Orizonturi noi, pline de făgăduințe, atât pe plan teoretic cât și practic, se deschid astfel în fața noastră. Vom reveni asupra acestora pe parcursul acestei cărți.

Psihiatria se angajează astfel pe o cale nouă. *Delimitarea celor două concepte nosografice, de nebunie maniaco-depresivă și de schizofrenie, se bazează în prezent pe noțiunile de sintonie și de schizoidie, care se extind până la comportamentul individului normal.*

b) *Latura psihopatologică a problemei.* Această constatare nu acordă de altfel gândirii noastre decât un răgaz de scurtă durată. Ea este mai mult un punct de plecare decât unul de sosire. Căci nu este vorba de nimic mai puțin acum decât de a reduce manifestările morbide, observate în schizofrenie, pe de o parte, și în nebunia maniaco-depresivă, pe de altă parte, la modificările pe care le pot suferi schizoidia și sintonia, de a crea, într-un cuvânt, o psihopatologie a acestor două afecțiuni bazată pe cele două noțiuni introduse de Kretschmer și Bleuler. Desigur, putem spune că în schizofrenie factorii sintoni se șterg din ce în ce mai mult și că în acest caz schizoidia, lipsită de acest regulator, depășește limitele insesizabile care îi permit să-și îndeplinească rolul în viață. Dominând acum psihismul, ea ar genera acele forme monstruoase din care se compune o schizofrenie manifestă. În nebunia maniaco-depresivă, dimpotrivă, factorii schizoizi, grație cărora personalitatea umană reușește să se afirme ca atare în interacțiune continuă cu ambianța, nu ar interveni câtuși de puțin. Viața psihică, în absența lor, s-ar reduce la această interacțiune, ar apărea ca lipsită de profunzime, s-ar derula, ca să

zicem așa, unidimensional. Să amintim aici, pe scurt, felul în care Binet și Simon descriu atitudinea bolnavilor atinși de nebunia maniaco-depresivă. „Spre a cunoaște atitudinea inteligenței, a judecății, a voinței acestor bolnavi, ar trebui să-i vedem, să stăm de vorbă cu ei. Dar unde sunt ei? Unde este personalitatea bolnavului? Unde este acel cineva cu care am putea sta de vorbă? El nu există, a dispărut; bolnavul este redus la accidentele sale morbide, el este tot numai vorbe și gesturi, dacă e un maniac, este totul un geamăt, dacă e un melancolic...“[52]. Această caracteristică generală, dată cu totul independent de noțiunile despre care discutăm aici, pare să confirme cât se poate de bine cele spuse.

Această formulă globală nu ne-ar putea totuși satisface în perspectivă. Ea ar risca să degenereze în truism. Căci ceea ce căutăm noi nu este o viziune vagă, panoramică, ci noțiuni generale susceptibile de a fi dezvoltate în continuare și care să se adapteze realmente la multitudinea de fapte în prezența cărora ne găsim. Aici dificultățile nu întârzie deloc să apară. Căci dacă, în cel mai rău caz, putem încă spune că schizofrenicul devine tot mai schizoid și din ce în ce mai puțin sinton în fața ambianței, putem spune la fel, *mutatis mutandis*, despre maniaco-depresiv? Lucrul acesta nu pare câtuși de puțin posibil. Dacă luăm ca prototip al sintoniei capacitatea de a-i înțelege pe semeni, de a-i compătimi, de a le împărtăși bucuria, de a se simți solidar cu ei sau, în lipsa lor, de a se simți solidar cu lucrurile, cum să spunem despre un maniac, ca să nu vorbim decât de el, cu fuga sa de idei și cu labilitatea sa de dispoziție, că este mai sinton decât sintonul normal. Cu toate acestea, așa cum spunea Bleuler, el absoarbe cu aviditate lumea exterioară și se ocupă în permanență de ea. El rămâne în contact cu lumea exterioară, contrar schizofrenicului agitat; acest contact, totuși, este degradat. El nu există decât pe moment, nu are durată și, din această cauză, departe de a reprezenta o sintonie crescută, nu este decât o sintonie deformată față de sintonia „deplină și armonioasă“ a sintonului normal. *Maximum de sintonie este astfel de găsit în domeniul normalului, pe când maximum de schizoidie se pare că trebuie căutat în domeniul patologicului.* Aceasta face net asimetrici, unul în raport cu altul, cei doi factori esențiali la care ne referim. Nu i-am putea compara cu simpli factori antagoniști, cum ar fi, de

exemplu, factorii vasoconstrictori și vasodilatatori. Natura lor, modificările respective cer precizări suplimentare. Pe de altă parte, cum să stabilim identitatea, din punct de vedere psihologic, a stărilor de depresie melancolică și a stărilor de excitație maniacă ce par atât de opuse la o primă privire, cum să reducem ideile delirante, observate în aceste stări, la noțiunile de schizoidie și sintonie și numai la ele? Cum să acordăm cu noțiunile de schizoidie și de sintonie circumstanța că nebunia maniaco-depresivă nu evoluează decât prin accese, fără a lăsa nici o urmă apreciabilă în intervalele de luciditate, în timp ce schizofrenia tinde întotdeauna, mai mult sau mai puțin, către un deficit specific și durabil?

Nu am putea da răspuns, în continuare, la aceste întrebări. Întreg acest capitol de psihopatologie generală nu a depășit încă stadiul embrionar. Suntem totuși convinși că el va reuși să îmbogățească știința noastră cu date și concepții noi. Este unul din motivele pentru care atribuim atâta importanță noțiunilor de schizoidie și de sintonie. Poate că într-o zi ne va fi dat să aducem argumente mai probante în favoarea acestei convingeri.

c) *Latura clinică a problemei*. Oricare ar fi, de altfel, dezvoltarea ulterioară a capitolului de psihopatologie generală pe care l-am schițat, noțiunile de schizoidie și de sintonie pot încă de pe acum să aducă servicii în clinică. Ele remediază, parțial măcar, impresia supărătoare produsă de extensia exagerată dată de Bleuler schizofreniei în prima sa concepție. El nu a fost scutit de critici vehemente în această privință. S-a mers până acolo încât să se spună că, punând în toate cazurile diagnosticul de schizofrenie, abia dacă riscai să te înșeli și că aveai toate șansele, fără efort și chiar fără cunoștințe, să treci drept un bun psihiatru. Bleuler, rămânând pe terenul empiric, răspunde acestor critici în felul următor: „Să-i porți pică guturaiului că este mai frecvent decât tifosul sau cailor că sunt mai numeroși decât elefanții?"; și adaugă: „Ceea ce interesează în știință este doar ca noțiunea să fie formată într-un mod corect." Este, evident, un argument valabil. Totuși Bleuler este obligat să recunoască el însuși că nu există *semn patognomonic de ordin negativ* care să permită excluderea schizofreniei. Pare dificil de precizat ceea ce în nici un caz nu poate fi de natură schizofrenică. Aceasta ne face să spunem

că noțiunea de schizofrenie, chiar dacă rămâne clară și precisă, nu are limite bine determinate[53]. Edificiul rămâne clătinător.

De atunci încoace s-a parcurs ceva drum, datorită lui Kretschmer și lui Bleuler însuși. Cunoaștem acum, în domeniul psihozelor endogene, cel puțin un semn care nu poate în nici un caz aparține procesului schizofrenic și care permite astfel să-l excludem. Este sintonia. Nefiind un simptom, în sensul strict al termenului, ea nu are mai puțină valoare pentru diagnosticul diferențial.

Acolo unde factorii sintoni prevalează, bunul-simț ne spune că nu poate fi vorba de schizofrenie.

Cu toate acestea, lucrurile se complică de îndată ce trecem la aplicații practice. La fel ca la individul normal sau ca în domeniul caracterelor anormale, elementele de schizoidie și de sintonie, departe de a se exclude reciproc, pot exista alături (aliajele lui Kretschmer), putându-se de asemenea întâlni simultan într-o psihoză. Privind lucrurile de aproape, ele se întâlnesc chiar mai frecvent decât s-ar fi crezut. În consecință, Bleuler, după ce a adoptat noțiunile de schizoidie și de sintonie, ne va spune că eterna problemă „schizofrenie (demență precoce) sau nebunie maniaco-depresivă" ar trebui înlocuită, în toate cazurile, de problema: *„până la ce punct* schizofrenie și *până la ce punct* nebunie maniaco-depresivă"[54]. Din partea noastră, adăugăm: o dată ce diagnosticul de schizofrenie este pus, ceea ce interesează la fel de mult, dacă nu cumva mai mult decât a ști că bolnavul este schizofrenic, este de a vedea până la ce punct el nu este shizofrenic. Această formulă este poate cel mai bun răspuns la critica puerilă adresată lui Bleuler pe tema extensiei date noțiunii de schizofrenie. În psihiatrie, o dată cu diagnosticul analiza clinică nu face decât să înceapă.

Alienistul care, credincios tradiției, caută înainte de toate și cu orice preț să-și *eticheteze* bolnavul de o manieră univocă va da înapoi îngrozit din fața unor atari directive. Ele nu au totuși nimic îngrozitor. Totul se reduce, în fond, la proporția factorilor care au legătură cu schizoidia, pe de o parte, și cu sintonia, pe de altă parte. În cazurile extreme, în cazurile „pure", formula noastră nu ne va împiedica să punem un diagnostic precis; numai că ne va face să-l punem după o analiză mai atentă, analiză care, foarte adesea, va da la iveală anumite particularități mărunte și unele nuanțe care nu vor

rămâne fără influență asupra aprecierii de către noi a cazului și, ceea ce este încă și mai important, asupra propriei noastre atitudini față de el. În cazurile mai complexe, ea ne va aduce, de asemenea, mari servicii. Destul de adesea auzim o discuție pe marginea unui caz greu de clasificat terminându-se cu diagnostice ca „nebunie maniaco-depresivă atipică“ sau „nebunie maniaco-depresivă care simulează demența precoce“. Aceste diagnostice, cum este ușor să ne dăm seama, sunt puse în virtutea principiului că respectivul caz nu ar putea să aparțină decât uneia sau alteia dintre aceste două afecțiuni și că, în pofida prezenței semnelor manifeste de catatonie, de exemplu, el nu ar putea fi atașat la schizofrenie din cauza evoluției sale periodice și a absenței unui deficit durabil. Dar, în fond, nebunia maniaco-depresivă n-ar putea în nici un caz să simuleze demența precoce, deoarece avem de-a face aici cu o afecțiune de natură total diferită. Pe de altă parte, cine spune „nebunie maniaco-depresivă atipică“ nu face, în fond, decât să constate că există în cazurile de nebunie maniaco-depresivă elemente care nu fac parte din aceasta, renunțând în același timp să le caracterizeze mai departe și să le caute originea.

Bleuler, iar noi suntem întru totul de acord cu el în această privință, ar încerca să considere aceste elemente ca pe o incrustație de origine străină, socotind cazul ca o *psihoză mixtă sau asociată*. O dată mai mult, întreaga importanță a cercetărilor genealogice în psihiatrie rezultă de aici. Aceste cercetări ne fac să reluăm o idee, deja veche, emisă de Magnan[55], nefăcând decât să o adaptăm la progresele realizate între timp de noțiunile noastre clinice. Ele ne furnizează foarte adesea o explicație pentru apariția acestor psihoze „atipice“, ne permit să le descompunem în factorii lor constituenți, demonstrând existența fiecăruia dintre ei, în stare izolată, în antecedentele materne și paterne ale subiectului. Iar acolo unde nu o fac, ne invită să continuăm investigațiile. Lucrul acesta nu se poate să ne displacă, deoarece unei etichete de o precizie amăgitoare îi preferăm o incertitudine, un „nu știu“ pasager care pune în fața noastră probleme noi și face necesare cercetări suplimentare.

Să subliniem, în plus, că modul nostru de a vedea nu ne face să renunțăm la nici unul din elementele de pronostic care au trecere în psihiatrie. Periodicitatea antecedentelor, acuitatea simptomelor

vor fi, ca mai înainte, semne favorabile; disocierea ne va face să avem rezerve. Dar subordonând simpla enumerare de simptome noilor noțiuni de schizoidie și de sintonie, încercând să descompunem tablourile clinice, din acest punct de vedere, și căutând în datele genealogice noi puncte de sprijin, poate că vom izbuti să găsim alte elemente importante pentru pronosticul nostru, elemente care cu timpul poate chiar ne vor permite să prevedem evoluția ulterioară în cazurile dificile de care a fost vorba la începutul acestui paragraf și care ne amintesc în permanență de insuficiența mijloacelor noastre actuale de investigație și de previziune[56].

Acestea sunt problemele puse de noțiunile de schizoidie și de sintonie în legătură cu schizofrenia și cu nebunia maniaco-depresivă. Nu ascundem deloc faptul că o anumită imprecizie se degajă din aceste pagini. Dar, cum am și spus-o, este vorba de capitole ale științei noastre care sunt încă în stare de eboșă. Am preferat să le prezentăm așa cum sunt în realitate, în loc să ne mulțumim cu concluzii pripite și cu semiadevăruri. Ele deschid totuși căi noi cercetărilor noastre și n-am putea deci să le subestimăm însemnătatea.

d) *Latura metodologică a problemei*. Ne mai rămâne să examinăm modul în care, atunci când ne găsim în prezența unui bolnav, reușim să determinăm caracterul schizoid sau sinton al manifestărilor sale psihice.

Noțiunile de schizoidie și de sintonie vizează, după cum știm, comportamentul individului în raport cu ambianța, capacitatea sa de a vibra la unison cu ea și de a rămâne în contact cu realitatea. Aceste noțiuni se raportează deci înainte de toate la afectivitatea și la activitatea subiectului. Or, pentru a le aprecia, purtăm în noi un instrument infailibil: propria noastră sferă afectivă, propria personalitate. În viață, când este vorba să-l apreciem pe unul dintre semenii noștri, nu ne mulțumim să-i enumerăm reacțiile, să le analizăm și să le clasificăm doar în lumina rațiunii, ci ne lăsăm ghidați în aceeași măsură de intuiție, care caută să pătrundă în personalitatea semenului, ne lăsăm ghidați de senzațiile de rece și cald pe care le trăim în prezența sa, de capacitatea de a-i retrăi sentimentele și reacțiile, de a ne pune la același diapazon cu el, de

a-l „înțelege" în sensul „sentimental" sau mai degrabă irațional al cuvântului. Iar în judecata noastră asupra lui, acești din urmă factori vor interveni în aceeași măsură, dacă nu în una și mai mare decât primii, conferindu-le *certitudinea*.

Atitudinea noastră va fi aceeași în prezența unui alienat. A-l observa ca spectator impasibil, cum faci când privești o lamă la microscop, a-i enumera și clasifica simptomele psihotice, spre a ajunge la un diagnostic așa-zis „științific", cu ajutorul rațiunii pure, nu va fi suficient. Vom face, de asemenea, să intre în joc personalitatea noastră vie și vom măsura, vom confrunta cu ea caracterul particular al modului de a fi al bolnavului nostru. În afara rațiunii, vom face să intervină sentimentul, ceea ce, evident, nu înseamnă că ne vom lăsa înduioșați de soarta pacientului, ci că vom încerca să „simțim" la unison cu el, să vedem cum simte el. Din rezultatul acestei trăiri vom face un element important al judecății noastre *psihiatrice* asupra lui.

Acest element este conținut în germene, încă de la început, în prima concepție a lui Bleuler asupra schizofreniei. Bleuler nu ostenește să repete că nu avem „contact afectiv" cu schizofrenicul. Noțiunile de schizoidie și de sintonie, create ulterior, nu fac decât să sublinieze și mai mult importanța acestui element. Îl regăsim cu ușurință și în întrebarea: „Până la ce punct schizofrenie, și până la ce punct nebunie maniaco-depresivă?" Chiar și aici căutăm să ajungem, prin ceea ce este mort, la ceea ce este viu și încă vibrează.

Acest element nou, evident, nu diminuează cu nimic rolul simptomelor. Nu am putea și nici nu vrem să ne lipsim de ele. Dar acum arsenalul nostru dispune de un instrument prețios. „Diagnosticului prin rațiune" i se va adăuga *„diagnosticul prin sentiment* sau mai degrabă *prin penetrație*", care foarte adesea va fi de departe cel mai important. Este evident că diagnosticul prin penetrație nu va putea în nici un caz să fie coborât la rangul de diagnostic de simplă impresie. Metoda la care ne referim cere, ca orice altă metodă, să fie învățată; ea nu se dobândește decât printr-o experiență îndelungată.

Cel mai bun lucru este să transcriem aici o pagină-două dintr-un remarcabil studiu al prietenului nostru L. Binswanger intitulat

„Câteva probleme puse psihiatriei de progresele psihologiei moderne".

„Dacă știm astăzi să punem diagnosticul de schizofrenie nu numai după metodele științelor naturale, ci și dintr-un punct de vedere psihologic, în sensul modern al termenului, faptul îl datorăm înainte de toate lui Bleuler. Diagnosticăm această afecțiune după metoda științelor naturale atunci când reușim să descompunem personalitatea bolnavului în reacții parcelare care, reunite după aceea, corespund tabloului clinic al schizofreniei. Procedăm în felul acesta atunci când constatăm prezența simptomelor catatonice, a unor baraje frecvente ale gândirii, a unei atitudini de repliere asupra propriei persoane, a unor expresii verbale bizare etc. Dar destul de adesea această cale nu este câtuși de puțin practicabilă. Simptomele sunt puțin vizibile, nu reușim să le precizăm, dar, în pofida acestui lucru, «avem certitudinea» că ne găsim în prezența unei schizofrenii. Vorbim în acest caz adesea de un diagnostic prin sentiment (*Gefühlsdiagnose*)[57], dar nu ne dăm îndeajuns seama că aici această expresie înseamnă cu totul altceva decât în patologia internă unde, în prezența unei afecțiuni febrile, de exemplu, înainte de apariția unor simptome clasice, avem impresia că este vorba de o febră tifoidă și nu de o pneumonie. În acest caz, diagnosticul prin sentiment se bazează pe fapte mărunte, de exemplu pe un miros particular sau pe expresia facială; uneori pe o supoziție gratuită, fără nici o bază rațională apreciabilă, care *poate* întâmplător este adevărată și nicidecum în mod necesar. Este vorba de cu totul altceva când punem diagnosticul de schizofrenie prin sentiment. O facem aici realmente *cu ajutorul* sentimentului nostru. Trebuie totuși să ne înțelegem: evident, acest sentiment nu are nimic în comun, în afară de nume, cu sentimentele obișnuite de ordin emoțional sau senzorial. El nu se poate raporta decât la acte psihice particulare cu ajutorul cărora percepem, în general, personalitatea semenilor noștri. Prin aceste acte percepem întotdeauna personalitatea semenului în întregime, ca să zicem așa, și nu un element oarecare al vieții sale psihice, adică numai una din «părțile» sale, în sensul dat de științele naturale acestui cuvânt. Aceasta înseamnă că nu putem observa una sau mai multe reacții schizofrenice la individ, ca să percepem apoi întreaga personalitate schizofrenică, sau, dimpotrivă,

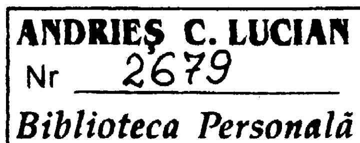
că începem prin a recunoaște *omul în întregime ca pe o personalitate* schizofrenică și numai apoi căutăm la el semnele particulare care vin să confirme această percepție. Putem, de exemplu, recunoaște o persoană ca schizofrenică remarcând o expresie particulară a privirii sale; totuși, un examen obișnuit al ochiului sau privirii nu ne revelează nimic deosebit. Sau frecventăm de câtva timp o persoană și deodată avem certitudinea că este un schizofrenic, adică o «vedem» acum ca atare, pentru că observăm că ne este «străină», că nu avem contact afectiv cu ea. Această absență de contact afectiv poate fi uneori singura percepție cu privire la personalitatea în chestiune de care dispun, totuși ea mă «frapează» în așa fel încât resimt involuntar o mișcare de recul interior de fiecare dată când această persoană intră în camera mea. Este evident că nu trebuie să confund acest recul interior cu sentimentele de simpatie sau de antipatie pe care le pot trăi cu privire la acea persoană. Dar eu nu sunt degeaba psihiatru. Un schizofrenic îmi poate fi simpatic, ceea ce nu mă împiedică să resimt o barieră afectivă între el și mine de fiecare dată când încerc să-i percep personalitatea. Acest ultim mod de a percepe trebuie, evident, să fie învățat. El poate, în acest caz, să devină la fel de critic și la fel de precis ca percepția unor obiecte exterioare. [...] După toate cele spuse, este clar că psihologia contactului de la om la om, ca și psihologia contactului nostru în raport cu diversele forme de psihoză ar trebui să constituie capitole importante ale psihologiei și psihopatologiei contemporane [...]. Căci nu trebuie să uităm că sursa experienței noastre nu rezidă exclusiv în rațiune, ci și în sentimente."[58]

Am ținut să transcriem aici cuvintele lui Binswanger, cu care de altfel ne știm în perfectă comuniune de idei, pentru că aceste cuvinte arată mult mai bine decât am fi făcut-o noi cele două căi pe care le urmăm când este vorba să apreciem o personalitate umană în comportamentul său, fie normal, fie patologic: una care disecă și care ajunge la diagnosticul *prin rațiune*, bazat pe semnele sau simptomele constatate; alta care pătrunde în întregime personalitatea semenului și care o percepe într-un singur act, *prin sentiment*, în tot ceea ce are viu și mort în ea. Amândouă au rațiunea lor de a fi, iar datele pe care fiecare din ele le furnizează au valoarea lor proprie[59].

Cuvintele lui Binswanger risipesc, în afară de aceasta, în mod definitiv impresia de subiectivitate de care pare viciată, la o primă privire, metoda studiată. Nu este nicidecum vorba de a constata ceea ce *eu* resimt în prezența unuia dintre semenii mei, dacă *eu* pot vibra la unison cu el, dacă *eu* simt simpatie sau antipatie pentru el. Nu, noi rămânem psihologi și psihiatri pe care numai o îndelungată experiență îi poate forma. Dar a fi psihiatru nu înseamnă să știi doar să enumeri simptome. Suntem ființe vii, iar această viață continuă să palpite până la limitele extreme ale degradării forțelor psihice. Pe aceasta vrem noi s-o *cunoaștem* și în acest scop vrem să ne slujim cu curaj de toate mijloacele pe care natura ni le-a pus la dispoziție. Cine ne-ar putea blama pentru aceasta? Vrem să găsim „esențialul", „sufletul alienatului", iar pentru aceasta „*penetrația*" trebuie să se asocieze observației exterioare, cum spuneau deja Binet și Simon în remarcabilul lor articol la care am făcut apel mai mult decât o dată în cursul acestei lucrări. „Cunoaștem adevărul nu numai cu rațiunea, ci și cu inima", amândouă fiind „capabile să ne instruiască" (Pascal).

Nu-mi ascund faptul că nu voi fi scutit câtuși de puțin de critici severe. Cred, totuși, că merg în pas cu epoca noastră. În fond, ceea ce am spus nu tinde la nimic altceva decât la dezintectualizarea concepției noastre despre alienarea mentală, cum facem azi în raport cu toate manifestările vieții psihice și spirituale a omului. Nebunul „aiurează" mult mai puțin adesea decât se crede, poate chiar nu aiurează niciodată.

„A dezintelectualiza" nu trebuie totuși să însemne a vorbi de factorii afectivi..., raționalizându-i cât mai mult posibil. Nu, ci aceasta vrea să însemne mult mai mult, anume îmbogățirea experienței noastre cu tot ceea ce ne poate da *sentimentul* nu numai ca obiect, ci și ca, ba chiar mai ales ca *instrument al cunoștințelor noastre*.



NOTE

[1] Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860.

[2] Kraepelin, *Psychiatrie*, 8e édition, vol. III, 1913, pp. 923–925.

[3] Sérieux et Capgrad, *La folie raisonnante*, Alcan, Paris, 1909.

[4] Dupré et Logre, „Les délires d'imagination. Mythomanie délirante", *Encéphale*, 1911.

[5] Kretschmer, *Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoïafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre*, Berlin, 1918.

[6] A se vedea E. Meyerson, *Identité et Réalité*, Paris, 1912. Am încercat să facem o trecere în revistă a ideilor domnului Meyerson în psihiatrie: a se vedea E. Minkowski, „Similarité ou polymorphisme", *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XIII.

[7] Pentru detalii, a se vedea E. Minkowski, „La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels", *loc. cit.*

[8] E. Minkowski, „La genèse etc.", *loc. cit.*

[9] Bleuler, „Mendelismus bei Psychosen, speziell bei der Schizophrenie", *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1917.

[10] Rudin, „Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie", *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911. Ulterior au fost publicate numeroase lucrări și articole. Pentru bibliografie a se vedea E. Kahn, „Erbiologische Einleitung", *Handbuch der Psychiatrie*, herausgegeben von Prof. Dr. Aschaffenburg, Franz Deuticke, 1925.

[11] Luăm din articolul lui Boven „L'hérédité en psychiatrie" (*Encéphale*, 1924) explicațiile care urmează: „Dacă încrucișăm două plante de rasă pură care diferă printr-un singur caracter – culoarea, de exemplu, care ar fi albă la una și roșie la alta –, toți vlăstarii acestei fecundații, toți hibrizii, cum sunt numiți, prezintă o culoare identică, aceea a unuia dintre părinți. Mazărea cu flori roșii dă, prin încrucișare cu mazărea cu fori albe, fără excepție mazăre cu flori roșii. Încrucișarea a doi dintre acești hibrizi din prima generație produce mazăre cu flori roșii și mazăre cu flori albe, în așa fel încât cele două culori opuse una alteia în generația părinților reapar alăturate în proporție de trei flori roșii pentru o floare albă, în cazul mazărei *Lathyris odoratus*. Adaug de la bun început că aceste trei flori roșii nu sunt identice, deoarece una singură are culoarea pură, celelalte două, deși în aparență identice, fiind de un roșu instabil, cu caracter de alb latent. Să notăm bine aces raport de 1:3 sau mai exact 1 : 2 : 1. Îl numim cuplu alelomorf, cuplul caracterelor opuse, antagoniștii roșu și alb ai generației parentale (P). Caracterul roșu care biruie în prima generație filială (F^1) este numit *dominant* sau manifest, iar caracterul alb este numit *recesiv* sau latent. S-a dat numele de lege sau regulă a uniformității faptului homocromiei tuturor vlăstarilor direcți, și lege de divergență segregării sau disjuncției, fenomenului reapariției culorii recesive în generația următoare (F^2). Raportul 1 : 3 sau 1 : 2 : 1 este o «proporție mendeliană»./ Mendel a interpretat aceste fapte în lumina următoarei ipoteze: fiecare plantă este formată din două contribuții, paternă și maternă. Ea ia naștere din fuziunea a doi «gameți»,

mascul și femel. Mazărea albă, de exemplu, ar fi generată de gameții dotați cu caracterul alb, iar gameții masculi din ei ar prezenta în mod necesar aceleași dispoziții. Dacă încrucișăm mazărea cu flori roșii cu o mazăre cu flori albe, fiecare hibrid va poseda de acum încolo un caracter alb și un caracter antagonist. Or, – și tocmai acesta este faptul esențial al ipotezei mendeliene – aceste caractere, întocmai ca niște particule materiale, ar subzista inviolabile, inatacabile în integritatea lor, ca și în independența lor, și nu ar fuziona. Planta hibridă, care posedă un cuplu alelomorf, constituie la rândul ei, în proporție de 50%, gameți dotați cu unul sau altul dintre caractere. În cazul încrucișării cu un hibrid de aceeași structură germinală intervine hazardul, adică legile probabilității, care ar guverna acuplarea gameților și ar forma raportul 1 : 2 : 1, ce caracterizează F^2. Într-adevăr, o încrucișare de tip alb–roșu + alb–roșu dă, la jocul hazardului, alb–alb, alb–roșu, roșu–alb și roșu–roșu, adică 1 : 2 : 1. (Numim «homozigoți» gameții și, prin extensiune, indivizii ale căror caractere sunt omogene, pure, neamestecate, datorită identității celor două părți componente, și «heterozigoți» gameții care posedă caractere antagoniste."

[12] Kretschmer, *Körperbau und Charakter,* ediția a 2-a, Springer, Berlin, 1922.

[13] Bleuler, „Die Probleme der Schizoïdie und der Syntonie", *Zestichrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Bd. LXXVIII, 1922.

[14] Delmas, Boll, *La personnalité humaine*, Ernest Flammarion, Paris, 1922.

[15] Ernest Dupré (Marseille, 1862–Deauville, 1921), psihiatru francez ale cărui studii s-au axat pe patologia imaginației și emotivității. A descris mitomania, puerilismul, cenestopatiile. Cercetările sale stau la originea doctrinei constituțiilor morbide, care a avut o mare influență în psihiatrie. Este cunoscut îndeosebi pentru descrierea așa-numitelor „deliruri de imaginație". (Nota trad.)

[16] Kretschmer, *Körperbau und Charakter, loc. cit.* A se vedea și expunerea acestei lucrări în teza recentă a lui D. Finkelstein, *La constitution schizoïde*, Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1926.

[17] Kretschmer folosește expresiile de ciclotimie și schizotimie și ca termeni generici pentru ansamblul de fenomene, normale sau patologice, care aparțin fiecăruia dintre aceste două categorii.

[18] Numim „complex", în domeniul psihismului morbid, un grup de amintiri, de reprezentări sau de idei prevăzut cu o mare încărcătură afectivă și detașat de legăturile care ar fi trebuit să-l integreze în mod normal în unitatea devenirii psihice a individului. Vom examina, într-un mod mai detaliat, rolul complexelor în psihopatologia schizofreniei în capitolul III din prezenta lucrare.

[19] Ceea ce spunem noi cu privire la iritabilitatea schizoizilor nu se găsește poate textual în opera lui Kretschmer. Am adăugat lucrul acesta cu convingerea că nu trădăm cu nimic gândirea lui Kretschmer. Am făcut-o deja anterior, în memoriul nostru intitulat „Impressions psychiatriques d'un sejour

à Zurich", *Ann. médico-psich.*, février 1923, în care am prezentat sumar ideile lui Kretschmer și Bleuler asupra acestei teme. Când încerci să pătrunzi gândirea celuilalt, să ți-o însușești și s-o aplici apoi în viață, nu te poți împiedica uneori să traduci acea gândire într-un mod mai liber și mai personal. Ceea ce, în fond, este natural. O fidelitate exagerată față de „text" riscă să se transforme în literă moartă. Și aici un pic de „sintonie" nu strică.

20 Kretschmer, *loc. cit.*, p. 102.

21 „Impressions psychiatriques", *loc. cit.*

22 Ajunși aici, nu se poate să nu observăm că, exact în același an (1921), C.G. Jung publica *Psychologische Typen*, în care dezvolta concepția sa cu privire la atitudinile *extravertită* și *introvertită* care, orice ar spune mai departe E. Minkowski (a se vedea capitolul III, paragraful B), în linii mari corespund *ciclotimiei* și *schizotimiei* descrise de Kretschmer. (Nota trad.)

23 De fapt, a *temperamentelor* care, desigur, își pun pecetea lor pe orice caracter. (Nota trad.)

24 Bleuler, „Die Probleme der Schizoïdie und Syntonie", *loc. cit.*

25 *„Impressions psychiatriques", loc. cit.*

26 Trăsături ca „energie" sau „iritabilitate" se referă clar la temperament, nu la caracter. (Nota trad.)

27 Delmas, Boll, *La Personnalité humaine, loc. cit.*

28 Sublinierea traducătorului.

29 Delmas, Boll, *loc. cit.*, pp. 23–24.

30 *Loc. cit.*, p. 18.

31 F. Minkowska, „Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères, en particulier à celui de l'epileptoïdie", *Annales médico-psychologiques*, juillet 1923.

32 *Loc. cit.*, p. 57.

33 *Loc. cit.*, p.60.

34 F. Minkowska, „Recherches généalogiques etc.", *loc. cit.* și „Le problème de la constitution vu à travers les recherches généalogiques, son importance théorique et pratique", *Évolution psychiatrique*, t. II, Payot, Paris, 1927.

35 *Loc. cit.*, p. 38.

36 A se vedea schema, *loc. cit*, p. 81.

37 *Loc. cit.*, p. 114.

38 *Loc. cit.*, p. 104.

39 Monakow, *Gefühl, Gesittung und Gehirn*, Wiesbaden, 1916.

40 Kahn, „Ueber die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, die Systematik und den Aufbau der Erscheinungsformen des Irreseins", *Zeitschr. f.d. ges. Neur. u. Psych*, Bd. 74, 12920 și *Schizoïdie und Schizophrenie im Erbgang*, Springer, Berlin, 1923.

[41] A se vedea Jean Pernet, „Ueber die Bedentung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse", Thèse de Zürich, 1917.

[42] H. Steck, „Contribution à l'étude des séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique", *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XIV–XV, 1924.

[43] Mlle Pascal et M.J. Davesne, „Anaphylaxie mentale spontanée, psychocolloïdoclasie, constitutions psychopathiques et phénomènes de sensibilisation", *Presse Médicale*, 21 novembre 1925.

[44] Sublinierea noastră.

[45] Henri Claude (1869–1945), reputat psihiatru francez, reprezentant al organodinamismului, unul dintre magiștrii școlii de la Spitalul Sainte-Anne, inițiator al tratamentului ambulatoriu în psihiatrie. „*Les travaux sur l'hystérie, les schizophrénies, les délires hallucinatoires* – scrie Jean Delay – *sont les pièces maîtresses de l'oeuvre psychapathologique de Claude*". (Nota trad.)

[46] Bumke, „Die Auflösung der Dementia praecox", *Klinische Wochenschrift*, 1924, nr.11.

[47] Berze, „Schizoïdie, Schizophrenie, Dementia praecox", *Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psychiatrie*, 1925.

[48] Paginile care urmează constituie poate partea cea mai puțin „realizată" a cărții mele. Nu sint singur responsabil de lucrul acesta, fiind vorba realmente de probleme care nu sunt decât schițate. Cititorul răbdător va găsi aici, sper, sugestii interesante. Acela care, dimpotrivă, nu iubește decât lucrurile de-a gata va putea sări peste aceste pagini fără să piardă firul expunerii noastre.

[49] Aceste forme s-ar explica poate, cum am spus mai sus, prin întâlnirea la același individ a unei constituții schizoide, ca predispoziție la tulburările de natură schizofrenică, și a unui factor periodic.

[50] Rogues de Fursac, *Manuel de Psychiatrie*, 6[e] éd. 1923, p. 496.

[51] Binet et Simon, „Définition das principaux états d'aliénation", *Année psychologique*, vol. 16, 1910.

[52] Binet et Simon, *loc. cit.*, pp. 186 și 214.

[53] E. Minkowski, „La schizophrénie et la notion de maladie mentale", *Encéphale*, 1921.

[54] Bleuler, „Die Probleme der Schizoïdie und der Syntonie", *loc. cit.*

[55] Magnan, „De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné", *Arch. de Neurologie*, t.I, 1880.

[56] Cercetări genealogice, făcute pe scară mare de către doamna Minkowska, par să demonstreze că factorul maniac, precum și factorul epileptic sunt capabili, fiecare în felul său, să atenueze procesul schizofrenic acolo unde îl întâlnește și să întârzie, ca să nu spunem să suprime, dezagregarea profundă la care duce acesta în mod obișnuit.

[57] Preferăm să vorbim de „diagnostic prin penetrație", termenul „sentiment" făcând să apară în mod instinctiv ideea a ceva pur subiectiv. Este interesant de constatat aici că Binet și Simon vorbesc și ei, cum vom vedea, imediat, de *penetrație*, care se asociază cu observația exterioară.

[58] Ludwig Binswanger, „Welche Aufgaben ergeben sich für die Psychiatrie aus den neueren Psychologie?", *Zeitfschrift f.d.ges. Neur. u. Psych.*, t. 91, 1924.

[59] Nu este lipsit de interes să arătăm aici că Bleuler, în 1908, la Congresul din Viena, a vorbit deja de „pronosticul prin sentiment" (*Gefühlprognose*), care de obicei este mult mai sigur decât previziunile deduse după toate regulile artei.

Capitolul II

TULBURAREA ESENȚIALĂ ÎN SCHIZOFRENIE ȘI GÂNDIREA SCHIZOFRENICĂ

A. Contactul vital cu realitatea

Kraepelin ajunsese la o noțiune sintetică, extrem de vastă – demența precoce –, rezultat al unei fuziuni de forme clinice particulare care, în perioada anterioară, fuseseră considerate mai mult sau mai puțin independente unele față de altele, cum sunt catatonia, hebefrenia și demența paranoidă. Se adaugă aici formele zise simple ale demenței precoce.

Această sinteză a pus o problemă nouă. Din cauza fuziunii în aceeași noțiune a unor forme clinice în aparență total diferite, simptomele și chiar sindroamele, așa-zis caracteristice pentru fiecare dintre ele, își pierdeau valoarea. Simptomele – așa cum a arătat Kraepelin – sunt interșanjabile, mai mult sau mai puțin inconstante și duc la stări terminale identice. Ele trebuie deci să aibă ceva comun, să nu fie decât expresia mai mult sau mai puțin accidentală a unui *proces morbid subiacent, întotdeauna același*. Apare în felul acesta trebuința *ca întreaga bogăție a simptomelor și a tablourilor clinice pe care le înglobează în prezent demența precoce să fie redusă la o tulburare fundamentală, a cărei natură să fie precizată.*

Evident, această tulburare nu poate fi căutată printre simptomele clinice obișnuite, cum sunt halucinațiile, ideile delirante, manifestările catatonice sau stările de excitație și de depresie. Aceste simptome nu au nimic constant sau caracteristic, așa cum am și

văzut. Trebuind să constituie baza lor comună, tulburarea fundamentală nu se poate găsi printre ele. Ea trebuie căutată în afara lor, pe un alt plan. Eforturile de a desăvârși sinteza demenței precoce și de a face din ea o adevărată entitate nosologică se vor orienta deci în mod cu totul firesc spre funcțiile psihice elementare. Aici vom spera să găsim cheia comportamentului particular pe care îl prezintă toți bolnavii de demență precoce, în pofida varietăților infinite care îi disting unii de alții din punct de vedere simptomatic.

Noțiunile curente ale psihologiei se arată totuși de îndată a fi insuficiente. Luând ca punct de plecare triada tradițională – inteligență, sentiment, voință –, observăm că tulburarea în chestiune nu poate fi raportată la nici una dintre aceste facultăți. Nici abulia, nici indiferența sau neemotivitatea, nici măcar deficiența intelectuală nu sunt caracteristici ale demenței precoce. Avem de-a face mai degrabă cu eclipse elective ale fiecăreia dintre aceste facultăți, eclipse care se produc în funcție de anumite situații ambiante, decât cu abolirea lor globală.

În acest caz, concepțiile psihopatologice se deplasează, orientându-se spre factorii reglatori ai psihismului, spre facultățile superioare. Kraepelin însuși, după ce a vorbit de o slăbire a mobilurilor afective ale voinței și de o pierdere a unității interioare, reduce aceste două tulburări la o sincopă a ideilor, sentimentelor și tendințelor de ordin general. El vorbește, în acest sens, de o tulburare a capacității de abstractizare. Aceasta ar avea drept consecință incapacitatea de a transforma percepțiile în idei mai abstracte, sentimentele inferioare în sentimente de ordin mai general, impulsiile izolate în tendințe mai constante. Kraepelin schițează chiar o ipoteză psihofiziologică a demenței precoce, localizând această facultate de abstractizare în straturile superioare ale corticalității[1]. Masselon pune în prim-plan tulburările atenției și compară atitudinea demenților precoci cu o distracție perpetuă. Weygand, care își însușește noțiunile lui Wundt, vorbește de demență aperceptivă. Nici una dintre aceste concepții, care se raportează la funcțiile superioare ale psihismului, nu rezistă. Incapabile să exprime tulburarea esențială a demenței precoce, ele cedează din ce în ce mai mult pasul unor noțiuni de ordin diferit.

Expresii ca „discordanță" (Chaslin), „ataxie intrapsihică" (Urstein), „pierdere a unității interioare" (Kraepelin), „schizofrenie" (Bleuler) implică ideea că este atinsă nu cutare sau cutare funcție, ci mai degrabă coeziunea lor, jocul lor armonios, de ansamblu. Ca să folosim o imagine, tulburarea esențială nu alterează una sau mai multe facultăți, ci se situează mai degrabă între ele, în „spațiul interstițial". Cu toate acestea, toate aceste expresii nu sunt, în fond, ele însele decât o constatare, de fapt o specificare a dezordinii particulare pe care o prezintă bolnavii de demență precoce, schizofrenicii. Lucrul acesta înseamnă deja mult, pentru că în felul acesta trăsăturile discordante sunt net separate de demența autentică. Dar ca psihologi – iar în psihiatrie noi suntem cu toții psihologi – nu ne-am putea limita la aceasta. Chaslin, de exemplu, vede în hebefrenia atenuată o stare discordantă a facultăților psihice. *Dar în virtutea căror factori se stabilește, în starea normală, concordanța acelorași facultăți?* Aceasta este întrebarea care se pune și care pentru moment rămâne fără răspuns. Încă nu izbutim să ne facem o idee clară despre tulburarea fundamentală a demenței precoce dacă nu știm la ce factor al psihismului normal trabuie să o raportăm.

În acest caz ne vin în ajutor comparațiile și metaforele. S-ar spune că ele se impun de la sine acolo unde avem de pus în relief trăsăturile esențiale ale demenței precoce. Kraepelin vorbește de o „orchestră fără dirijor", Chaslin de o „mașină fără combustibil", care în ceea ce privește capacitatea sa de a se pune în mișcare diferă, desigur, de o mașină stricată. Domnul Anglade, cu care am avut șansa de a discuta despre aceste chestiuni, spunea că nu mai folosește expresia „demență precoce", vorbind pur și simplu de bolnavi disociați. Spre a le caracteriza starea, îi compară cu plăcere cu o carte nelegată, ele cărei pagini sunt amestecate, volumul devenind astfel ilizibil, deși toate paginile sunt prezente, nelipsind nici una; e mare deosebirea fată de o carte în care ele au fost iremediabil rupte. Noi înșine, străduindu-ne să ne facem o idee despre procesul schizofrenic, ne-am oprit, nu o dată, la imaginea următoare: o clădire este făcută din cărămizi și mortar; cărămizile se pot dezagrega, la fel ca și mortarul; edificiul nu mai stă în picioare, ci, în ambele cazuri, se prăbușește; totuși, în ambele cazuri avem de-a face cu

lucruri diferite: ruinele nu vor mai fi aceleași, nu vor avea același aspect și nici aceeași valoare; va fi mult mai ușor să reconstruiești o casă nouă cu cărămizi intacte decât cu pulbere.

Aceste metafore traduc cât se poate de bine trebuința presantă de a separa în întregime procesul schizofrenic de deficiența intelectului. În afară de aceasta, însă, ele par să se apropie mult mai bine de caracterul veritabil al schizofreniei decât toate definițiile psihologice pe care le-am enumerat.

Spiritul nostru de precizie totuși protestează. El n-ar putea considera aceste metafore decât ca pe un divertisment, mai mult sau mai puțin ingenios și plăcut. După el, accesul acestora în știință, în cea adevărată cel puțin, adică în știința exactă, ar trebui să le fie pentru totdeauna interzis. Cu toate acestea, unul dintre cei mai mari filosofi contemporani, Bergson, nu ne-a amintit, nu numai o dată, că o întreagă latură a vieții noastre, și nu cea mai puțin importantă, scapă în întregime gândirii discursive? Datele imediate ale conștiinței, cele mai esențiale, aparțin acestui ordin de fapte. Ele sunt iraționale, dar nu fac mai puțin parte din viața noastră. Nu există nici o rațiune pentru care să le sacrificăm spiritului de precizie. Trebuie, dimpotrivă, să încercăm să le sesizăm pe viu. Psihologia, țară deșertică până acum, arsă de razele prea fierbinți ale științei exacte, se va transforma, poate, într-o pajiște verde și fertilă, apropiindu-se în sfârșit de viață. Nu s-ar cădea să ne inspirăm din această tendință în ceea ce privește problema care ne interesează în mod deosebit aici?

Tocmai aici apare noțiunea de *contact vital cu realitatea*.

Bleuler precizează simptomele cardinale ale schizofreniei, referindu-se la ideație, la afectivitate și la volițiunile bolnavului. Dar, în același timp, grație noțiunii de autism, factorii care se raportează la relațiile cu ambianța încep să joace un rol din ce în ce mai important în concepția sa. Lipsa de scopuri reale și de idei directoare, absența de contact afectiv orientează conceptul pe o cale nouă. Toate aceste tulburări par să conveargă spre o singură și unică noțiune, aceea de *pierdere a contactului vital cu realitatea*.

Contactul vital cu realitatea pare a se raporta la factorii iraționali ai vieții. Conceptele obișnuite, elaborate de fiziologie și psihologie, cum sunt excitație, senzație, reflex, reacție motorie etc. trec pe

alături, fără s-o atingă nici măcar pe departe. Orbii, mutilații, paraliticii pot trăi un contact mult mai strâns cu ambianța decât indivizii al căror văz este intact și care au toate cele patru membre; schizofrenicii, pe de altă parte, pierd acest contact, fără ca aparatul lor senzitivo-motor, fără ca memoria lor, fără ca însăși inteligența lor să fie alterate. Contactul cu realitatea vizează mai degrabă fondul însuși, esența personalității vii în raporturile sale cu ambianța. Iar această ambianță, repetăm, nu este aici nici ansamblul de excitanți externi, nici de atomi, nici de forțe sau de energii. Ea este acel val mișcător care ne înconjoară din toate părțile și care constituie mediul fără care nu am putea trăi. „Evenimentele", apărând ca niște insulițe, vin să zguduie fibrele cele mai intime ale personalității noastre, penetrând-o. Iar aceasta le integrează, vibrează ca o coardă întinsă, la unison cu ele, se lasă penetrată de ele la rându-i și, asociindu-se cu factorii din care se compune viața sa intimă, reacționează într-un mod personal, nu prin contracții musculare, ci prin acte, prin sentimente, prin râs sau lacrimi care se depun pe valurile devenirii ambiante, pierzându-se aici, ca o picătură de apă, în infinitul care nouă ne scapă. În felul acesta se stabilește acea armonie care ne permite să urmărim mersul lumii, salvgardând în același timp ideea de viață proprie.

Cele spuse mai sus sunt îndeajuns ca să sugereze, cel puțin, că acest contact vital cu realitatea privește dinamismul profund al vieții noastre. Conceptele rigide ale gândirii noastre nu l-ar putea exprima. Metaforele par aici mai la locul lor decât definițiile, fiind chemate să facă mai clară noțiunea de contact vital cu realitatea.

Este această noțiune cu totul nouă? Cu siguranță, nu. Într-un mod cât se poate de potrivit, noi înșine am arătat că modificările prea revoluționare nu au de obicei mare valoare. Pierre Janet, în a sa teorie cu privire la psihastenie, vorbește pe larg de funcția realului[2]. Această noțiune, deși nu este identică cu aceea de contact vital cu realitatea, are multe puncte comune cu ea. Iar faptul că două căi diferite se orientează în aceeași direcție nu este dovada că avem de-a face cu lucruri adevărate și importante care, ca să zicem așa, „plutesc în aer" în prezent?

Noțiunea de contact vital cu realitatea și interpretarea schizofreniei ca pierdere a acestui contact ne umplu fără voie de satisfacție. Această

noțiune pare extrem de simplă și de plauzibilă. Debutantul o asimilează rapid și se folosește de ea fără dificultate. Cuprinși de entuziasm, aproape că am fi înclinați să spunem că această noțiune este rezultatul principal al evoluției conceptului de demență precoce.

În acest caz, însă, întreg acest curent al psihiatriei clinice să nu fi dus, în cele din urmă, decât la o noțiune de psihologie și de psihopatologie generală? Nu credem. El este capabil să aducă și alte servicii, așa cum vom vedea mai departe. Dar chiar și în caz contrar, această achiziție nouă a științei nu ar fi de neglijat. De altfel, nu aceasta este soarta multor altor noțiuni clinice din psihiatrie? Noțiunea de confuzie mentală își datorează și ea originea trebuinței de a îngusta domeniul demențelor. Ea înlocuiește grupul demențelor acute curabile ale lui Pinel. Combătută în Franța mai ales de către Delasiauve, ea a emigrat în străinătate[3]. În cursul evoluției sale, după ce a suferit numeroase retușări și și-a lărgit sfera, a fost din nou luată în studiu în țara natală, în primul rând datorită lucrărilor lui Chaslin. În sfârșit, sub impulsia lui Toulouse și Mignard[4], a rezultat o noțiune de ordin general, aceea de *autoconducere (autoconduction)*. Această particularitate a noțiunilor noastre clinice în psihiatrie nu are de ce să ne surprindă; orice noțiune clinică devine mai clară și mai precisă pentru noi din momentul în care am reușit să-i dăm un solid fundament psihologic. În consecință, vedem că psihiatria modernă se străduiește să pună în evidență *tulburările care generează* entitățile clinice pe care le studiază.

Cred că pot revendica, în parte cel puțin, paternitatea noțiunii de contact *vital* cu realitatea, *ca aspect central al schizofreniei*. Evident, nu am „inventat" piesă cu piesă această noțiune. Ideile care nu-și caută firele de legătură nici cu trecutul și nici cu prezentul nu au de obicei decât mică valoare. Operele lui Bergson au exercitat asupra mea o mare influență. Pe de altă parte, regăsim ideea unei perturbații profunde a raporturilor cu lumea exterioară în întreaga carte a lui Bleuler despre schizofrenie. Cu toate acestea, Bleuler pune în prim-plan simptomele cardinale și elementare ale acestei afecțiuni, privind ideația, afectivitatea și volițiunile bolnavului și, deși insistă asupra pierderii contactului cu realitatea (autism), nu face din această pierdere tulburarea generatoare din care ar decurge toate celelalte. Contactul vital cu realitatea nu este pentru el un factor

reglator esențial al vieții, căruia i-am putea subordona celelalte funcții psihice. Credincios asociaționismului, el apără, în a sa teorie a schizofreniei, opinia că tulburarea primă a acestei afecțiuni este o tulburare particulară în asociațiile de idei, căutând apoi o bază organică pentru această tulburare.

Prezentând alieniștilor francezi noțiunea de schizofrenie, nu m-am putut împiedica să nu aduc aici o notă personală. Cine m-ar putea blama pentru aceasta? Când încerci să-ți însușești cu adevărat ideile altuia, când le-ai trăit realmente, fără a te mărgini doar să le adopți *tale quale*, nu izbutești întotdeauna să te estompezi în întregime. Lucrul acesta, de altfel, nu are decât o mică importanță. Știința progresează mai presus de persoanele și artizanii săi, de care, în fond, ea se îngrijește foarte puțin.

Fac, așadar, din contactul vital cu realitatea punctul central al schizofreniei[5]. Nu s-a putut ca între opera de căpetenie a lui Bleuler și analiza mea să nu rezulte o anumită dualitate. Această dualitate a fost excelent pusă în evidență de Villey-Desmésaret, în teza sa[6]. Stărui azi asupra acestui punct în interesul însuși al discuției. Astfel, de exemplu, critica formulată de unii[7], care spun: „de la bun început frapați de faptul că dezechilibrul profund al contactului cu realitatea este, în schizofrenie, nu o consecință a altor tulburări psihice, ci un punct esențial de unde decurg sau cel puțin pornind de la care se lasă examinate în mod uniform toate simptomele cardinale ale acestei afecțiuni mentale", această critică, cu toate consecințele sale, vizează mai degrabă concepția mea decât pe aceea a magistrului meu.

Noțiunea de pierdere a contactului vital cu realitatea, în calitate de tulburare esențială a schizofreniei, a orientat de altfel gândirea și cercetările mele într-o direcție care poate că nu este în întregime lipsită de interes. Voi încerca să o pun în evidență în paginile care urmează.

B. Demență intelectuală și demență schizofrenică

O dată ce a trecut entuziasmul primului moment, se face simțită trebuința de a analiza și de a defini noțiunea de contact vital cu realitatea într-un mod mai precis decât acela în care am făcut-o până

aici. Formula succintă că schizofrenia constă dintr-o pierdere a acestui contact nu ne-ar putea satisface în perspectivă. Îi cerem mai mult: să ne arate cum putem interpreta, din acest punct de vedere, caracterele esențiale ale procesului schizofrenic, adică până la ce punct se poate această noțiune arăta fecundă în practică, aducându-și contribuția la progresul științei noastre. Îi cerem să fie nu numai o ipoteză explicativă, ci să ne servească și ca ipoteză de lucru.

Am pomenit de influența exercitată asupra gândirii noastre de opera lui Bergson. Noțiunea de contact vital cu realitatea devine, ca să zicem așa, punctul de joncțiune al efortului clinic al școlii din Zürich și ideilor bergsoniene. Direcția în care trebuie să ne croim drum este deci dinainte trasată în fața ochilor noștri. M-am angajat pe această cale convins de faptul că psihologia și, o dată cu ea, psihopatologia nu pot decât câștiga de pe urma contactului cu filosofia, adevărata filosofie fiind mereu o sursă inepuizabilă de învățăminte și cunoaștere pentru psihologia umană.

Nu este câtuși de puțin necesar să expunem aici în detaliu ideile lui Bergson, ele fiind azi destul de cunoscute. Să amintim doar *opoziția fundamentală dintre inteligență și instinct* stabilită de marele filosof. „În timp ce instinctul – spune Bergson – este modelat pe forma însăși a vieții, inteligența, dimpotrivă, este caracterizată de o incomprehensiune naturală a acesteia./ Inteligența, așa cum iese ea din mâinile naturii, are drept obiect principal solidul neorganizat. Ea nu-și reprezintă clar decât discontinuul și imobilitatea. Ea nu este la largul său decât în moarte. Se comportă invariabil, ca și cum ar fi fascinată de contemplarea materiei inerte. De aici uimirea atunci când se întoarce spre viu și se află în fața organizării./ Tocmai pentru că încearcă întotdeauna să reconstituie, și anume să reconstituie cu ceea ce este dat, inteligența lasă să-i scape ceea ce este nou în fiecare moment al unei istorii. Nu admite imprevizibilul. Respinge orice creație. Concentrată deci asupra a ceea ce se repetă, preocupată exclusiv să sudeze identicul la identic, inteligența nu are viziunea timpului. Ei îi repugnă fluentul și solidifică tot ceea ce atinge. Noi nu gândim timpul real, ci îl trăim" (Bergson).

Nu se poate ca psihopatologia să nu fie determinată să-și pună întrebarea dacă ideile lui Bergson nu sunt capabile să proiecteze o lumină nouă asupra problemelor în fața cărora noțiunile de

psihologie curentă au eşuat până în prezent. Se impune, totodată, să vedem până la ce punct faptele psihopatologice pot fi chemate să confirme datele puse în evidenţă de intuiţia genială a marelui filosof. O asemenea tentativă este, în fond, absolut naturală. Procesele morbide, acţionând adesea în mod electiv, disociază, ca să zicem aşa, diversele funcţii şi ni le arată în stare nudă. Patologia reuşeşte adesea acolo unde fiziologia nu ajunge să descifreze întreaga complexitate a factorilor ce intră în joc.

În viaţă, inteligenţa şi instinctul, sau, cu alţi termeni, factorii psihismului nostru care se raportează la solid, la inert, la spaţiu, pe de o parte, şi cei care se raportează la durata trăită, la dinamism, pe de altă parte, se întrepătrund şi formează un tot armonios. Insuficient sieşi ca să asigure existenţa individului, fiecare din aceste două grupe de factori este completarea celuilalt, limitându-şi în acelaşi timp, într-un mod natural şi apropiat, câmpul său de acţiune. Dar această armonie nu poate ea suferi, sub influenţa unor modificări patologice, perturbaţii notabile? Instinctul, de exemplu, nu poate fi el lezat cel dintâi? Inteligenţa, în acest caz, privată de frâna sa naturală, nu va căuta să suplinească de bine de rău instinctul deficitar şi nu va ajunge astfel la forme monstruoase? Invers, elementele inteligenţei nu pot fi ele sediul leziunii primare, cu conservarea sau deformarea secundară a unor factori care se raportează la durată? Astfel de întrebări se pun în prezent. Aceste întrebări nu duc nicidecum la speculaţii abstracte, cum s-ar fi putut teme unii. Dimpotrivă, cum vom vedea numaidecât, duc la o serie de fapte care, nefiind înţelese în modul obişnuit de luare în considerare a fenomenelor psihopatice, au fost poate prea mult neglijate de predecesorii noştri.

Vom compara mai întâi, din acest punct de vedere, cele două mari procese mentale pe care psihopatologia a reuşit să le degajeze până în prezent, adică procesul schizofreniei şi deficitul intelectual[8], fiecare dintre acestea – după o dezvoltare mai mult sau mai puţin lentă – ajungând la o stare terminală specifică, diferită de cealaltă. În ultimul timp, mulţi autori au insistat asupra deosebirii fundamentale dintre cele două mari procese morbide. Cu toate acestea, în pofida evidenţei deosebirii, nu este câtuşi de puţin uşor ca ea să fie precizată. Desigur, putem defini lesne deficitul intelectual ca pe o pierdere a

judecății și memoriei. Dar lucrurile nu mai stau la fel cu deficitul schizofrenic, unde este vorba de cu totul altceva. Termenul „demență", care încă mai este uneori folosit, nu exprimă decât extrem de imperfect caracterul esențial al acestui deficit.

„Într-o schizofrenie, chiar avansată, toate funcțiile elementare ale psihismului, în măsura în care ele sunt accesibile explorării, se arată intacte. Îndeosebi memoria este păstrată la schizofrenici, contrar demenților adevărați" (Bleuler). Adesea ești surprins să găsești la acești bolnavi, „sub o anvelopă demențială, o inteligență mult mai puțin deteriorată decât s-ar crede, numai oarecum adormită". Aceasta este din cauză că „simptomele nebuniei discordante *simulează* adesea extrem de prompt demența: delirul incoerent la rece, indiferența, acte bizare de diferite genuri sau completa inactivitate a inteligenței, cu ocupații devenite de ordin inferior, stupoare asociată unor atitudini bizare, acte incoerente etc. și, în pofida acestora, cel mai adesea nici un semn de deficit intelectual propriu-zis, fie și numai pasager, nici o pierdere de memorie, nici o eroare de raționament." „Contrar demenților cu adevărat organici, a căror funcționare intelectuală este mult mai defectuoasă decât pare la o primă privire, s-ar părea că nimic nu este iremediabil pierdut, că puțin efort ar fi de ajuns ca să repună în mișcare întreaga viață cerebrală." Cu toate acestea, avem de-a face cu bolnavi în toată puterea cuvântului, care „sunt reduși în aparență foarte adesea la o viață pur vegetativă și automată, ca a idioților" (Chaslin)[9].

Atunci ce le lipsește și prin ce diferă ei de demenți în sensul strict al cuvântului?

Tocmai problema acestei deosebiri funciare vom încerca să o abordăm acum, luând ca punct de plecare opoziția dintre inteligență și instinct despre care am vorbit adineauri. Acest punct de plecare, care se inspiră din ideile bergsoniene, va conferi, în afară de o orientare generală, un caracter particular cercetărilor noastre. Fără a ne mulțumi să comparăm exclusiv ceea ce le lipsește bolnavilor, se pune problema să facem să reiasă în același timp ceea ce *rămâne intact* la ei și să precizăm prin ce diferă reacțiile lor și întregul lor mod de a fi.

Vom începe studierea celor două procese în chestiune prin compararea gradelor ultime de decădere la care ajung.

Ca reprezentanți ai deficitului intelectual am ales exclusiv bolnavi de paralizie generală. Această afecțiune prezintă pentru cercetările noastre avantajul că atacă de obicei indivizi în plină putere. Slăbirea intelectului nu se încâlcește deci la ei cu alți factori, cum ar fi, de exemplu, modificările fiziologice ale bătrâneții, în cazurile de demență senilă. Ea există aici, ca să zicem așa, în stare pură.

Îl întreb pe un bolnav de paralizie generală[10] ajuns în perioada ramolismentului: „Unde vă găsiți?" El răspunde: „Aici." De teamă să nu fie vorba de un pur automatism verbal din parte-i, insist: „Dar unde anume?" Bolnavul bate cu piciorul în pământ ca să arate locul unde se găsește, sau arată cu degetul în jos, sau cu un gest arată camera pe care o ocupă: „Aici", spune, părând chiar mirat și sâcâit de insistența mea.

Nu este vorba de o reacție întâmplătoare, ci de o manifestare pe care o regăsim cu o frecvență surprinzătoare la acești bolnavi.

Schizofrenicul, dacă în general răspunde la întrebarea pusă, o face de obicei în mod corect, menționând locul unde se găsește. Dimpotrivă, de nenumărate ori ne spune că, deși *știe* unde se află, nu se *simte* în locul pe care îl ocupă, nu se simte în corpul său, că „eu exist" nu are pentru el un sens precis.

Factori de două ordine diferite intervin în orientarea noastră în spațiu. Factorii de ordin static situează obiectele unele în raport cu celelalte în spațiul geometric, unde totul este imobil, relativ și reversibil. Dar, în plus, noi *trăim* în spațiu, iar Eul activ are în fiecare clipă în fața sa noțiunea fundamentală a lui „eu-aici-acum" și, de fapt, un punct absolut, un veritabil centru al lumii. În viața normală acești factori se interpenetrează. Cunoștințele și imaginile noastre mnemonice se grupează în jurul acestui „eu-aici-acum" fundamental și ne permite să spunem, potrivit circumstanțelor: „Sunt acum la Paris, sunt în Anglia sau sunt la biroul meu de lucru."

La bolnavul de paralizie generală, cunoștințele, amintirile, într-un cuvânt, factorii statici lipsesc[11]. El este dezorientat în spațiu, în sensul obișnuit al termenului. Totuși, osatura fundamentală a lui „eu-aici" rămâne intactă și funcțională. Schizofrenicul,

dimpotrivă, *știe* unde se găsește, dar acel „eu-aici" nu mai are tonalitatea sa obișnuită și intră în sincopă.

Într-un stadiu mai puțin avansat, observăm la bolnavul de paralizie generală reacții de o structură ceva mai complexă, dar al căror caracter rămâne mereu același. La întrebarea „De unde veniți?" bolnavul răspunde: „De unde eram mai înainte." El este în mod evident dezorientat în spațiu, incapabil să numească locul de unde vine. Totuși schema dinamică a schimbării de loc, care se traduce prin relația: locul X mai înainte, locul Y în prezent rămâne intactă.

Aceleiași categorii de fapte îi aparțin următoarele manifestări:

Întrebare: „Unde vă găsiți?" – Răspuns: „Unde mi-am făcut dimineață toaleta." Sau: „Acolo unde sunt de mai mult timp."

Întrebare: „Ce casă este aceasta?" – Răspuns: „Casa în care m-au internat."

Întrebare: „Cine este domnul?" – Răspuns: „Un domn de aici."

Întrebare: „Ce faceți?" – Răspuns: „Deocamdată stau."

Să-l așezăm acum pe un bolnav de paralizie generală, ajuns în perioada demențială, în fața unei oglinzi și să-l întrebăm: „Cine e acela?" El răspunde: „Eu." Insistăm: „Dar care eu?" El își declină atunci numele și profesia. Această reacție este mult mai puțin constantă la schizofrenicii într-un stadiu avansat al afecțiunii. Ei răspund: „Eu", iar apoi: „Activitatea mea, personalitatea mea", sau „Energie", sau, în sfârșit, în sensul ideilor lor delirante, dau răspunsuri ca: „Eu, fiul lui Claude Farrère." Una dintre bolnavele noastre răspunde: „Știu cine-i", și repetă de mai multe ori „știu", ca să marcheze bine faptul că nu are îndoieli. „Știu cine-i – continuă ea –, dar e o simplă constatare, căci înăuntru nu-i nimic; o mutră caraghioasă, o privire fixă, oblică și glacială..."

Bolnavul de paralizie generală, cu ultimele vestigii din activitatea sa psihică, urmează calea trasată de Eul social. Schizofrenicul, dimpotrivă, nu o face și acuză întotdeauna un anumit grad de depersonalizare, afirmarea Eului lipsind.

Sensul suplinirilor rămâne și el intact multă vreme la bolnavul de paralizie generală. Este de ajuns să-l întrebi în ce zi se află pentru ca el să pună mâna în mod instinctiv pe ziarul care îi stă la îndemână. Un bolnav de paralizie generală complet dement, la

întrebarea „În ce zi suntem?" răspunde „N-aş putea şti." Un altul, întrebat de ziua sa de naştere, răspunde: „Nu pot spune, nu am verigheta." Pe verighetă ar găsi gravată nu data naşterii, ci pe aceea a căsătoriei, dar el nu-şi dă seama de lucrul acesta; ştie însă că există mijloace de a suplini o memorie deficitară şi, instinctiv, le caută.

Cu totul altul este comportamentul schizofrenicului. Foarte adesea el cunoaşte bine data, dar această cunoaştere nu mai are pentru dânsul un sens precis; nu mai uzează de ea într-un mod adecvat cerinţelor ambianţei. La el este deteriorat în primul rând factorul *pragmatic*.

Un bolnav de paralizie generală, care prezintă o stare de demenţă profundă, la întrebarea „Ce faceţi?" răspunde: „Aştept evenimentele şi fac proiecte." Un alt bolnav, ajuns la un grad de extremă decădere intelectuală, aproape nemaiputând vorbi, observă că mi-am uitat pălăria în camera sa şi râde. Pentru schizofrenic, dimpotrivă, nimic din ceea ce este eveniment, proiect, mişcare nu pare să mai existe.

Aceste câteva comparaţii stabilesc deosebirea fundamentală între stările terminale la care duce deteriorarea intelectuală în paralizia generală, pe de o parte, şi procesul schizofrenic, pe de altă parte.

Este cu neputinţă să le confundăm. *În primul caz lipsesc factorii statici, pe când în cel de al doilea, dimpotrivă, dinamismul mental este acela care are de suferit.*

Evident, această formulă este schematică. Termenul dinamism, mai ales, poate duce la confuzie. Este un termen utilizat şi în fizică. Dar aici, în studierea mişcării, cum atât de bine a arătat Bergson, timpul este deja conceput ca linie dreaptă şi asimilat astfel spaţiului. Tot ceea ce este mişcare şi progresie, tot ceea ce este timp real este cu uşurinţă exclus de această concepţie.

Dinamismul adevărat, ca ansamblu de factori care se raportează la durata trăită, este cu totul altceva. De acesta din urmă vorbim noi aici, de altfel într-un mod imperfect şi provizoriu. Nici n-ar putea fi altfel, din moment ce ne lipseşte o bază solidă în acest domeniu. Pentru a o stabili nu ar fi vorba decât de a preciza şi grupa toate fenomenele vieţii noastre care se raportează la timpul real şi de a vedea apoi cum se comportă ele atât în psihismul normal, cât şi în psihismul morbid, deci de a crea, într-un cuvânt, o psihologie şi o

psihopatologie a timpului trăit. Sarcină dificilă, dar și indispensabilă pentru oricine vrea să înțeleagă sufletul uman în funcționarea sa normală și în deviațiile sale patologice.

Cu toate acestea, în așteptarea unor progrese, credem că formula prin care am rezumat observațiile noastre exprimă într-un mod adecvat deosebirea găsită. De altfel, contrastul pe care l-am stabilit între stările terminale ale bolnavilor de paralizie generaă și ale schizofrenicilor se lasă urmărit mai departe. El proiectează o lumină și asupra fazelor mai puțin avansate ale acestor două afecțiuni și face să reiasă, sub unghiul adoptat la începutul acestui studiu, trăsăturile esențiale ale fiecăreia din ele.

Să începem cu bolnavii de paralizie generală.

Pe măsură ce ne îndepărtăm de perioada terminală, interpretarea faptelor devine mai dificilă. Caracterul esențial, pus în evidență mai înainte, se lasă totuși regăsit.

Cadrul fix al anilor, al lunilor, săptămânilor, într-un cuvânt noțiunea de durată măsurabilă, adică asimilată spațiului, este foarte adesea abolită. Dar aceasta este departe de a însemna că orice noțiune care se raportează la timp a dispărut. Un bolnav poate povesti corect, în ordine cronologică, ceea ce a făcut el în timpul războiului, dar el nu mai știe nici când a început războiul și nici când s-a terminat. Amintirea succesiunii unui anumit grup de fapte este conservată, în timp ce capacitatea de a le raporta la un punct fix, la un an determinat pare să nu mai existe.

Dispare astfel imaginea spațială a duratei. Elementele din care se compune noțiunea de timp, lipsite de constrângerea acestui cadru fix, înfloresc liber, ca să zicem așa. În mobilitatea lor extremă, ele invadează întregul psihism al individului. Nu există decât succesiune *imediată*, penetrație și viteză extremă în fabulațiile și proiectele delirante ale bolnavilor[12]. Expresii ca *numaidecât, îndată, neîntârziat, curând, în ultimul timp* revin cu o frecvență surprinzătoare în spusele lor. O bolnavă ne vorbește în fiecare zi de soțul ei care, crede ea, trebuie să vină să o caute. El este deja aici, urcă scara, va intra într-o clipită în cameră și imediat o va lua cu el. Unii vorbesc despre automobile care aleargă cu opt sute de kilometri pe oră sau de călătorii în Argentina făcute în cinci minute.

Acest dinamism invadează întregul individ, îl copleşeşte, se propagă în întregul univers, constituie în acest caz simptomele perioadei delirante a paraliziei generale. Bolnavul face proiecte pentru viitorul imediat, proiecte gradioase, care nu cunosc limite. El va merge cât ai bate din palme la cursele de la Longchamp[13], apoi va face ocolul lumii, va arunca în aer toate insulele Oceanului, după care va înhăţa luna de pe cer şi o va pune într-un pahar. Este atotputernic, se simte în stare să facă orice: grefe, încrucişări genetice la animale, învierea tuturor morţilor. Toate fiinţele vii sunt asociate la această extraordinară desfăşurare de forţe. El îşi dăruieşte miloanele sale, vrea ca toată lumea să fie fericită; ia pe toţi medicii şi pe toate infirmierele în călătoriile sale fantastice. Se va duce la Roma şi va cere permisiune de căsătorie pentru toţi preoţii şi călugăriţele; va face ca toţi peştii să fie puşi în libertate, desfiinţând acvariile.

Totul este aici mişcare, nimic decât mişcare ce se desfăşoară cu o rapiditate vertiginoasă, neţinându-se seama de nici un obstacol, de nici o distanţă, de nici o durată măsurabilă. Această mişcare invadează totul, debordează individul, şterge limitele care există între el şi univers, transformă lumea ambiantă într-un singur ocean mişcător. Bolnavul traduce această stare de lucruri în limbajul obişnuit, cu ajutorul unor idei de grandoare absurde, cunoscute de toată lumea.

Să comparăm acum acest tablou cu modul în care schizofrenicul, după mai mulţi ani de boală, îşi zugrăveşte starea sufletească: „Totul este nemişcare în jurul meu. Lucrurile sunt izolate, fiecare pentru sine, fără să evoce nimic. Anumite lucruri care ar trebui să genereze o amintire, să evoce o mulţime de idei, să formeze un tablou rămân izolate. Ele sunt mai degrabă înţelese decât trăite. Sunt ca pantomimele din jurul meu, în care eu nu sunt angajat, ci rămân în afară. Judec, dar instinctul vieţii îmi lipseşte. Nu reuşesc să-i dau activităţii mele suficientă viaţă. Nu mai pot trece de la relaxare la tensiune şi, totuşi, nu eşti făcut să trăieşti în monotonie. Am pierdut contactul cu toate categoriile de lucruri. Noţiunea de valoare, de dificultate au dispărut. Nu mai există flux între ele şi mine, nu mă mai pot lăsa în voia curentului. În jurul meu este o fixitate absolută. Am încă şi mai puţină mobilitate pentru viitor, decât pentru

prezent și trecut. Este în mine un fel de rutină care nu-mi permite să iau în considerare viitorul. Puterea creatoare este abolită în mine. Văd viitorul ca pe o repetare a trecutului."

Mă grăbesc să spun că aici nu este vorba de o pagină de roman, ci de spusele unei bolnave care își petrece zilele la pat, într-o inerție totală și care, atunci, când se scoală, se mișcă asemenea unui automat, are iluzii auditive și manifestă idei de transformare corporală și care, acasă la ea, profitând de un moment de neatenție din partea alor săi, și-a dat foc, spre a-și procura, cum explică ea, senzații vii, care îi lipsesc cu desăvârșire.

Oare nu avem aici cheia de boltă a întregii probleme a schizofreniei? Lucrul acesta pare cu atât mai plauzibil cu cât spusele bolnavei noastre sunt departe de a fi un fapt izolat și excepțional. Dimpotrivă, regăsim manifestări similare, ca să nu spunem identice, cu o frecvență surprinzătoare la schizofrenici, cu condiția de a-i observa atent. Îi auzim spunând că ideile lor „sunt imobile ca niște statui" sau că „sunt statice și lipsite de tendințe de realizare", ori folosesc alte expresii analoage spre a traduce imobilismul care îi invadează progresiv și de care suferă atunci când își conștientizează starea. Atitudinea și reacțiile lor poartă de altfel foarte adesea amprenta acestui statism morbid, pe care îl regăsim până și în mișcările stereotipe care, în fond, nu sunt decât un etern început, lipsit de orice progres.

Nu s-ar putea imagina contrast mai mare față de tabloul bolnavului de paralizie generală, zugrăvit mai sus.

Insistând asupra acestui contrast, n-am făcut de altfel decât să precizăm o deosebire importantă, constatată de toți cei care au fost obligați să se ocupe de această problemă. *Specificitatea stărilor terminale* constituie, după cum știm, unul dintre criteriile esențiale la care Kraepelin face apel spre a construi noțiunea sintetizantă de demență precoce. El vorbește, în acest caz, de „Verblödung"[14] și iată ce spune, în teza sa, despre acest termen domnul Nayrac: „De obicei autorii francezi au tradus acest cuvânt prin demență, ceea ce, vom vedea, nu s-a petrecut fără a stârni confuzii, «Verblödung» desemnând, după opinia noastră, altceva decât demența. Chiar și din purul respect față de vocabular, noi a crezut de cuviință să folosim un alt termen pentru a-l traduce. «Verblödung» exprimă în limbajul

curent faptul de a-l face pe cineva timid, rușinos, în așa măsură încât să-i dai aspectul unui arierat pe plan intelectual. În lipsa unui echivalent francez, noi am tradus «Verblödung» prin «parademență».“[15]

Bleuler vorbește de *demență afectivă* la schizofrenici și subliniază astfel, o dată mai mult, deosebirea fundamentală care există între decăderea schizofrenică, pe de oparte, și demența intelectuală sau demență și nimic mai mult, pe de altă parte. Eu însumi, acordând preferință factorilor care se raportează la înflorirea personalității, adică la activitatea personală a subiectului, am vorbit, încă în primul meu studiu referitor la schizofrenie, de *demență pragmatică*. Alăturarea acestor doi termeni nu este de altfel, poate, prea fericită. Pare preferabilă suprimarea în întregime a termenului demență, dacă aceasta semnifică în mod necesar deteriorarea progresivă a facultăților intelectuale, ca să vorbim, în schimb, de *deficit pragmatic*. Oricum, termenul propus pare a fi atins o latură esențială a problemei.

Am găsit o confirmare de preț a modului nostru de a vedea în recentele cercetări ale domnului Claude și ale elevilor săi. Acești autori au insistat de asemenea, în cazurile descrise de ei sub denumirea de *schizomanie*, asupra discordanței dintre activitatea intelectuală și activitatea pragmatică[17]. Vom reveni asupra acestei chestiuni în capitolele următoare.

În încheiere, să cităm definiția dată de Dide și Guiraud demenței precoce[18].

„Afecțiunea – spun acești autori – se caracterizează prin slăbire bruscă și precoce a *surselor instinctive ale vieții mentale*, rezultate direct din activitatea organică și cenestezică. Operațiile pur intelectuale nu se modifică decât în mod accesoriu; tulburarea lor constă timp îndelungat în obstruarea și orientarea contradictorie și nu în dispariția primitivă a funcției. Slăbirea *elanului vital* și a afectivității este elementul necesar și suficient spre a caracteriza maladia.“ Ei își propun, în consecință, să înlocuiască termenul „demență precoce“ prin acela de *„atimohormie juvenilă“*[19], care ar exprima foarte bine „pierderea de elan a sufletului cenestetic și afectiv“.

Lăsând la o parte interpretarea organicistă pe care Dide și Guiraud o dau concepției lor, precum și problema existenței „sufletului cenestezic“[20], suntem prea fericiți să relevăm, pe plan psihologic, punctele comune dintre ideile acestor doi distinși

alieniști și propriile noastre cercetări. expuse în paginile precedente, aceasta cu atât mai mult cu cât, în primul rând, această similitudine nu se reduce doar la simple formulări sau definiții, ci privește punerea în valoare a unor *fapte precise*, despre care vom mai avea de vorbit, și, în al doilea rând, pentru că Dide și Guiraud, departe de a adopta noțiunea bleuleriană de schizofrenie, folosesc de preferință termenul „demență precoce" în accepțiunea sa cea mai restrânsă. Atribuim o mare importanță acestei din urmă circumstanțe. Concordanța de vederi care există, în pofida punctelor de plecare diferite, servește drept verificare prețioasă. Pe de altă parte, constatările lui Dide și Guiraud, care se aplică și cazurilor de demență precoce în sensul restrictiv al termenului, vin să confirme ceea ce Kraepelin și Bleuler au susținut mereu, anume că în nici un caz de demență precoce, indiferent de modul în care este folosit acest termen, nu ar putea fi vorba de demență autentică, în sensul de decădere primară a funcțiilor pur intelectuale, așa cum o găsim în paralizia generală, de exemplu. Propria noastră experiență ne face să ne raliem la acest mod de a vedea. Vindecările spontane tardive, imposibil de prevăzut, care survin după ani îndelungați de boală, la subiecți care prezentau exterior toate semnele unei decăderi totale și durabile, pledează în același sens. Nu am putea face nimic mai bun decât să cităm aici din nou cuvintele lui Chaslin, cu referire la nebuni discordanți.

C. Gândirea spațială a schizofrenicilor: raționalism și geometrism morbide

Nu s-ar putea pune aici problema trecerii în revistă a tuturor consecințelor pe care le comportă pentru psihopatologia schizofreniei punctul de vedere pe care am căutat să-l relevăm. Ne vom mulțumi să arătăm, prin câteva exemple, către ce fel de „fapte" orientează acest punct de vedere cercetările noastre și cum ne permite el să le interpretăm. Vom vedea astfel modul în care schizofrenicul, lipsit de capacitatea de a asimila tot ceea ce este mișcare și durată, tinde să-și construiască un comportament din factori și criterii al căror domeniu propriu, în viața normală, este exclusiv

logica și matematica. Viața copleșește în fiecare moment acești factori. Orice tentativă de a-i aplica în viață în mod continuu și absolut nu poate duce decât la aberații. În prezent, totuși, reușim să înțelegem originea acestora.

Iată esențialul din fișa de observație a unui bolnav, pe care vom încerca să-l analizăm conform celor spuse mai sus, fenomen pe care, în colaborare cu domnul Rogues de Fursac, l-am descris sub denumirea de „raționalism morbid"[21].

Este vorba de un institutor, în vârstă de treizeci și doi de ani, care a venit pentru consultație la Dispensarul de profilaxie mentală. Se plânge din primul moment de „descompunere fiziologică", pe care o resimte dureros, ca pe un „gol în cap", senzație pe care o atribuie unei salivații exagerate; vocea sa îl „sugestionează": este un fel de „voce moartă" care produce impresia unei „voci de strigoi". Întreaga sa ființă, de altfel, ca și vocea, ne spune el, suferă de „regresiune"; el se simte transpus în epoca din urmă cu cincisprezece ani, vreme în care debuta în învățământ, ca tânăr suplinitor.

Bolnavul nostru nu are nici halucinații, nici idei delirante. Nu constatăm la el nici cel mai mic semn de decădere intelectuală, dar încă de la început ne frapează comportamentul său. Această impresie nu face decât să se întărească în cursul conversațiilor pe care le avem în continuare cu el. Atitudinea sa profund morbidă ne determină să punem repede diagnosticul de schizofrenie, ba chiar de schizofrenie gravă și avansată.

Tocmai această atitudine vom încerca să o precizăm acum. Următorul detaliu pare extrem de caracteristic și de aceea îl alegem ca punct de plecare. Bolnavul ne relatează că, încă de mai mulți ani, se interesează mult de problemele filosofice; a luat obiceiul de a-și nota reflecțiile și dispune astfel de un considerabil stoc de însemnări. Îl întrebăm dacă a citit multe scrieri de filosofie. Iată răspunsul său: „Nu, dimpotrivă, mi-am impus datoria de a nu citi, ca să nu-mi deformez gândirea." De altfel, fuge de oameni, „ca să nu fie tulburat în reflecțiile sale". Atitudinea morbidă se schițează astfel cât se poate de clar. Se izolează de lume ca să găsească în sine însuși sursa ideilor sale filosofice. Nu vom fi prea surprinși să aflăm că una dintre descoperirile sale constă în a face „să rezulte spiritul din acțiunea acizilor asupra terminațiilor nervoase".

Iată, într-adevăr, o atitudine bizară. Tulburare de judecată, vom spune, ca să o calificăm. Dar spunem cu aceasta totul? De ce tulburarea de judecată se manifestă în acest mod și nu în altul? La ce se referă el, în fond? Nu este oare cazul, conform celor spuse mai sus, să aprofundăm, din punct de vedere psihologic, atitudinea morbidă pe care o avem în fața ochilor? Vom căuta să o facem, confruntând modul de a fi al bolnavului nostru cu factorii corespunzători ai personalității umane normale.

Noi toți trăim din când în când trebuința de a ne izola de ambianță și de a rămâne *en tête à tête* cu noi înșine, căutând să extragem din noi înșine forțele vii ale activității și muncii noastre. Dar dacă găsim astfel în noi înșine sursa manifestărlor celor mai elevate ale propriei personalități, căutăm, prin aceasta, să îndepărtăm de noi cu grijă orice influență străină? Fără îndoială că nu. Dimpotrivă, lăsăm ca asupra noastră să acționeze ambianța, vrând s-o îmbrățișăm în totalitatea ei; numai că elemetele care ne vin astfel din afară le retopim în creuzetul vieții noastre interioare, făcând din ele materialul activității personale. În felul acesta, deși ne izolăm, rămânem în contact cu ambianța. Cu toate acestea, nu o suportăm pur și simplu, deoarece în acest caz am risca să devenim simpli imitatori. Se pare atunci că este necesar, pe de o parte, să precizăm până la ce punct să lăsăm influențele străine să acționeze asupra noastră și, pe de altă parte, până unde este util să împingem izolarea de ambianță, spre a ne salva originalitatea. Nu este, totuși, câtuși de puțin posibil să dăm un răspuns categoric la această întrebare. Nici un precept de igienă mentală n-ar putea s-o rezolve, deoarece, în fond, elementul esențial care servește drept regulator în speță nu se lasă nicidecum intelectualizat, fiind unul dintre elementele iraționale ale vieții. Îl putem desemna cu numele de *sentiment de armonie cu viața*. Problema pusă mai sus nu poate fi rezolvată decât individual. Făcând-o, fiecare pentru sine, noi nu căutăm să fim de acord cu logica, ci pur și simplu *să fim de acord cu noi înșine, punându-ne în armonie cu viața*. Abia dacă este necesar să adăugăm că a te simți în modul acesta de acord cu viața este cu totul altceva decât a împărtăși opinia majorității contemporanilor sau de a adopta opiniile curente.

Factorul irațional la care am făcut referire joacă un rol enorm în viața noastră; el intervine, în fond, în orice situație gravă, în orice conflict esențial pe care îl putem avea de rezolvat. Tocmai el este acela care, în aceste cazuri, este adevărata bază a deciziei pe care o luăm, întrucât în el găsim sursa noțiunii *limitelor și măsurii*, pe care nici o operație intelectuală nu le-ar putea preciza. Tocmai de aceea nici o maximă nu ne-ar putea călăuzi într-un mod automat conduita. Fiecare cunoaște excepții și ori de câte ori este de luat o decizie se pune o problemă de specie.

Numai contactul cu viața, sentimentul de a fi de acord cu viața și cu tine însuți poate decide în fiecare caz particular. Iar acest factor este el însuși esențialmente irațional, întrucât, intelectualizat, duce la formula: „Mă simt de acord cu viața și cu mine însumi", formulă care permite justificarea celor mai rele fapte și a celor mai nefaste aberații. Inima are rațiunile sale, pe care rațiunea nu le cunoaște, spunea Pascal; el avea astfel în vedere mai ales rolul factorilor afectivi în viața noastră. Am fi tentați să transcriem: viața are rațiunile sale, pe care rațiunea nu le-ar putea formula.

Putem defini acum, din punct de vedere psihologic, atitudinea bizară a subiectului nostru. Elanul său personal, în loc să caute să se integreze realității, face într-un fel *tabula rasa* din aceasta și, lipsit de punctul său de sprijin natural, se pierde, cum se zice, în nori. Fără a fi filosof și nici măcar filosof ratat, institutorul nostru se îneacă în reflecțiile lui filosofice. În același timp el *raționalizează* până la limita extremă factorul izolării, strâns legat de orice elan personal, fugind realmente, ca să „nu fie tulburat în gândurile sale", de cărți și de oameni și lipsindu-se deci de un ajutor de care nimeni nu s-ar putea priva, de contactul cu realitatea.

În felul acesta dispare bogăția, mobilitatea vieții. Avem în schimb o formulă abstractă, care determină o atitudine profund morbidă a individului. Oricât de puternică ar fi o inteligență, ea n-ar putea să-și fie suficientă sieși. A dori să gândești și să acționezi fără a ține seama nici de ideile semenilor, nici de contingențele exterioare, duce din punct de vedere intelectual, la eroare, iar din punct de vedere practic la absurd.

Am analizat îndelung o singură frază a bolnavului nostru. Am făcut-o întrucât este vorba aici de un exemplu tipic, iar ceea ce am

spus pe această temă ne permite acum să caracterizăm în câteva cuvinte întregul mod de a fi al subiectului în raport cu ambianța.

Orice act al vieții este luat în considerare din punctul de vedere al antitezei raționale a lui da și nu, ori mai degrabă a binelui și răului, sau a îngăduitului și interzisului, a utilului și dăunătorului. Vorbim în acest sens de *atitudine antitetică*. Ea este rezultatul lipsei sentimentului irațional de armonie cu sine însuși și cu viața, despre care am vorbit mai sus, și implică astfel dispariția totală a noțiunii de limită și de măsură. Individul își guvernează viața exclusiv *după idei* și devine doctrinar până la exces. Pe cât de bună poate fi o asemenea atitudine când este vorba de probleme matematice, pe atât de morbidă și de periculoasă este ea acolo unde gândirea noastră trebuie să devină pragmatică și să ne călăuzească deciziile și actele. Căci scopul urmărit în acest caz este acela de a fi de acord cu viața și nu cu ideile abstracte și cu regulile logicii pure. Un exemplu ne va fi de ajuns ca să facem mai clară concepția noastră. Bolnavul nostru susține că și-a format obișnuința de „a-și trece toate actele prin sita principiilor". Sub influența ideii de perfecționare *spirituală*, „el izgonește din existența sa orice muncă *materială*", caz în care însă el crede că nu se mai poate ocupa de prisaca sa, căreia mai înainte îi consacrase cu pasiune timpul liber și pe care acum o clasifică la rubrica „muncă materială"; iar când părinții, în a căror casă trăiește, îi vorbesc de chestiunile bănești, el se simte lezat în idealul său și fuge de asemenea conversații. Faptul de a veni să ne consulte la dispensar este pentru el un „suicid moral", deoarece „omul trebuie să reacționeze singur, din proprie voință". Ceea ce este logic; ba chiar cu vârf și îndesat. Principii juste în ele însele ajung la consecințe monstruoase, tocmai din cauza generalizării lor. Viața este făcută și din altceva decât din principii rigide și universale; un factor irațional care, în fiecare caz în speță, determină limitele, joacă aici un rol primordial.

Așadar, antitezele determină orice atitudine a bolnavului nostru. Regenerarea sa morală – ne povestește el – a început în 1918, într-un lagăr de prizonieri din Germania. El a încercat atunci „să se detașeze de materialitate și să se determine în actele sale prin principii impersonale. Trebuie ajuns la înțelepciune, aceasta este adevărata fericire, dar pentru aceasta trebuie să fii singur, trebuie să te

sustragi oricărui element perturbător". Tocmai sub influența acestor idei începe să se producă transformarea personalității sale; el adoptă un sistem care constă în a aplica un principiu pe săptămână, cum ar fi acela al justiției, al cumpătării și mai ales al tăcerii. Devine aproape mut și nu răspunde la întrebări decât dacă acestea corespund principiilor sale. „Actele îi sunt reglate minut cu minut, spiritul îi este în permanență ocupat și, trecându-și cuvintele prin sita principiilor, nu răspunde semenilor și nu vorbește spontan decât dacă i-o permit principiile." Tulburările sale actuale – spune el – datează din momentul în care s-a lăsat determinat să vorbească „impulsiv", ceea ce este contrar programului de raționalism exclusiv pe care și l-a trasat. După război și-a reluat postul de institutor ca determinist convins și le aplică elevilor, din cauza iresponsabilității lor totale, principiul indulgenței *absolute*; caută să se adreseze rațiunii lor și suferă când îi vede surâzând și neînțelegându-l. Ulterior, la sugestiile unui director, a aplicat o metodă *strict* militară, devenind excesiv de sever și reprimând idealul. O perioadă dominată de „principiul liberal al blândeței" i-a urmat celei precedente. Extragem din scrierile sale următorul pasaj: „Am practicat, până în iunie anul trecut, o disciplină impersonală, dar excesiv de fermă și de încrezătoare în autoritatea care conferă demnitate conduitei, rezultat al demnității ideilor. Pasionat de logică, mi-am înăbușit timp de un an tendințele idealiste, ca să fac uz de o disciplină militară, aceasta părându-mi-se o datorie profesională și constând în impunerea de sancțiuni severe." Apoi: „Am întreprins câteva munci manuale, spre a-mi înlesni părinții. Această subordonare a activității mele celor doi bătrâni, buni și curajoși, m-a făcut mai sensibil la atacurile lor sentimentale care, până acum, se izbiseră de sentimentul umanitar mai puternic. Și m-am simțit redevenind rapid copilul ascultător... Toate drepturile mele la inițiativă mi s-au părut efemere și am avut senzația unei sufocări atroce."

Aceasta este, schițată pe scurt, atitudinea bolnavului nostru. De acord cu atitudinea antitetică, orice forță străină care vine din afară și vrea să-și exercite influența asupra individului este înregistrată de acesta ca lezare adusă personalității sale; ori de câte ori o suferă el se simte determinat și vede în aceasta o catastrofă. Influența sau determinarea par să fie singura rubrică sub care el ar putea

înregistra înrâuririle venite din mediu. Cât de mult diferă în această privință de noi și cât de sărăcită este viața sa în acest sens! Legăturile care ne leagă pe noi de ambianță sunt infinit mai bogate și mai nuanțate. Putem căuta să impunem voința noastră semenului și să dominăm lumea; dar în același timp știm, de asemenea, să ascultăm din datorie, să cedăm din dragoste sau din milă, să recunoaștem autoritatea celorlalți și să le urmăm sfaturile, fără a simți în toate acestea nici cea mai mică siluire sau obstacol în calea libertății noastre. Institutorul nostru nu cunoaște, în fond, decât două „categorii" din acest punct de vedere: independența sa, care, sub formă de activitate egocentrică, se exercită în regiunile polare ale antitezelor intelectuale, și influența pe care o suferă și pe care o resimte în mod dureros. În prezent el se simte bolnav de două luni (pentru noi este încă mai demult); punctul de plecare al maladiei sale a fost, după credința lui, „violența adusă elocuțiunii sale"; el a sucombat în fața sugestiilor părinților săi și s-a crezut constrâns să-și violenteze vocea și să emită idei care nu erau conforme cu principiile sale; a pierdut astfel controlul asupra lui însuși și a ascultat oarecum de o altă personalitate. Pe când mai înainte era stăpân pe privirea și vorbele sale, cuvintele neexprimând decât produsul propriei reflecții, elocuțiunea sa fiind voluntară, acum, când este la catedră, se simte purtat de vocea sa, iar privirea i se fixează, fără voie, pe fețele copiilor. Îi repugnă să predea, deoarece sarcina și principiile i se par a fi impuse de director, căruia, de altfel, îi recunoaște calitățile morale și autoritatea. În felul acesta ia naștere la bolnavul nostru sentimentul de a fi influențat sau determinat, sentiment asupra căruia a stăruit în ultimul timp Mignard[22].

Cu greu este posibil să admitem că modul de a fi al acestui institutor ar fi realmente rezultatul unui efort conștient din partea sa, cum caută el să ne prezinte lucrurile. A-l urma în această interpretare nu mi se pare câtuși de puțin justificat. Avem impresia că ne aflăm mult mai aproape de adevăr dacă admitem, așa cum am și făcut-o de altfel, că îi lipsește un factor reglator al vieții; elementele care rămân se regrupează în acest caz și se asociază între ele; bolnavul le exprimă printr-un fel de sistem care, cel puțin din punct de vedere intelectual, pare că stă în picioare, dar care, în fond, deformează

întreaga sa activitate și care face din el un „*străin*“, aproape că am spune un „alienat“, în raport cu ambianța și cu noi înșine.

Ne rămâne ca la tabloul trasat să adăugăm câteva detalii. Acestea se referă la modul în care viața ce se desfășoară în jurul bolnavului nostru se reflectă în psihismul său alterat. Ele se află de aceea pe planul pe care ne-am situat analiza, adică pe planul determinat de noțiunea de contact vital cu ambianța. Aceste detalii ne permit să facem să reiasă și mai clar dizarmonia care există, din acest punct de vedere, în psihismul institutorului nostru și ne atrag în același timp atenția asupra unor fapte care, cum am lăsat să se prevadă, de obicei trec neobservate.

Conștiința bolnavului nostru ne apare ca o arenă în care se succed și se combat principii abstracte; există în el ceva *impersonal*. De altfel el îi concepe pe toți semenii în modul acesta. Am și văzut că elevii nu-l interesează decât în măsura în care îi vede prin prisma doctrinelor pe care vrea să le aplice; nu intervine nici o notă mai caldă, mai intimă, mai personală. S-ar spune că el și-a pierdut cu totul acea fibră sensibilă care ne permite să vibrăm la unison cu semenii, care ne atașează la personalitatea intimă a fiecăruia dintre ei, care ne permite s-o penetrăm și să ne simțim una cu ea. Contactul personal este rupt, privirea nu mai știe să se fixeze pe persoanele din anturaj în măsura în care viața ne-o cere, ea alunecă pe deasupra și zboară spre regiunile deșertice și glaciale guvernate de inteligența pură. Sfera intereselor sale pare a fi mult mai largă decât a noastră, pare a deveni *nemărginită*; în fond, însă, ea nu reflectă decât mizeria neagră a unui spirit văduvit de afinități normale. El ne spune că a reușit „*să se detașeze de materialitate* și că se determină în actele sale prin principii impersonale. El reacționează nu sub influența unui *mediu restrâns, ci sub influența lumii întregi*. Trăiește *pentru idee* și vede *oamenii în mod impersonal*. S-a integrat prin gândire nu oamenilor, ci umanității și caută să se apropie cât mai mult posibil de *absolut*. Și-a înecat dragostea filială într-o dragoste mai mare“. Nu este de mirare că, sub influența acestui mod de a vedea și de a aprecia lucrurile, altercațiile inofensive care au loc între el și părinți îi apar, în relatările sale, ca o veritabilă luptă între giganți, fără a putea fi vorba câtuși de puțin de exagerările unui exaltat. Părinții săi, frapați de atitudinea lui

bizară, caută să intervină. Tatăl lui îi spune că atunci când nu poți duce o povară de 100 kg nu iei în spinare decât 50; îi vorbește, de asemenea, de problemele de ordin material. El, lipsit de capacitatea de a acorda în mod spontan sentimentelor familiale locul ce le revine, vede în modul de a acționa al părinților o lezare adusă idealului său; se referă la sugestiile pernicioase pe care le are de suferit personalitatea sa și cea mai măruntă concesie devine imediat un act de renunțare de o importanță capitală. Am spus, de altfel, că schizoidul își pierde capacitatea de a sesiza în însemnătatea lor individuală persoanele și obiectele concrete; el le vede de prea departe și în linii mult prea mari; avem aici un exemplu edificator privind această tulburare.

Să mergem mai departe pe această cale, descoperind și alte trăsături care aparțin aceleiași categorii de fapte. Să ne amintim modul în care bolnavul nostru ne descrie cariera sa pedagogică. Diferitele etape ale vieții sale, din acest punct de vedere, sunt marcate în relatarea sa exclusiv de succesiunea principiilor și ideilor pe care el le socotea bune de aplicat. Avem mai întâi perioada „determinismului și indulgenței absolute"; ea face loc metodei de „disciplină militară" care, la rându-i, este înlocuită de „principiul liberal al blândeții". Faptele exterioare se șterg și rămân cu totul în umbră. Această particularitate, care constă în a determina etapele vieții exclusiv prin succesiunea unor principii și idei adoptate, se manifestă mereu în modul în care el ne prezintă al său *curriculum vitae*. Autobiografia sa lasă impresia că evoluează în sacade; ni se pare a ne găsi în prezența nu a unei linii continue, suple și elastice, ci a unei linii mereu întrerupte; ea urmează ideile care se opun și se combat, idei prin care bolnavul marchează diferitele etape ale existenței sale. Fiecare pare a fi în întregime izolată de precedenta, în aceeași măsură în care principiul care o guvernează contrazice și exclude principiul căruia i-a succedat. Factorii afectivi și, mai mult încă decât ei, durata trăită pare să fi dispărut total din existența institutorului nostru. Drept urmare, el se găsește permanent în „contradicție cu viața".

Cum să interpretăm acum raționamentul altui bolnav[23], care ne spune că nu este sigur de puterea banilor, aceasta pentru că banul *nu deține decât puțin loc*. Același bolnav nu crede că poate fi

interesat de fluctuațiile schimbului valutar, întrucât el găsește aici „prea multă mișcare, prea multă mobilitate". Dimpotrivă, întreaga sa atenție este absorbită de proiectul *extinderii* Gării de Est, despre care vorbesc ziarele. El îi atribuie o importanță primordială între toate evenimentele zilei.

Se pare că avem aici de-a face cu o generalizare abuzivă a unor noțiuni de ordin spațial, cu o influență morbidă exercitată asupra gândirii și asupra conduitei de către criteriile matematicii, care determină valoarea unor obiecte și evenimente exclusiv după dimensiunile sau caracterele lor geometrice.

Nu ne găsim, oare, în fața primelor indicii ale unui *geometrism morbid*?

Aflăm de la același bolnav că, încă de la vârsta de 16 ani, a început să fie „obsedat" – cum spune el – de tema construcțiilor. El se îndoiește de solitatea lor și se întreabă dacă zidurile liceului sunt absolut verticale. „Mă chinuiau – scrie el în biografia sa – problemele boltei bisericilor și nu admiteam că s-ar putea ca întreaga greutate să fie preluată de nervuri și de stâlpi, după cum mă chinuia problema cheii de boltă. Toate acestea nu aveau decât să lipsească. Nu admiteam nici mortarul între blocurile de piatră, pentru că acesta constituia pentru ele un punct de sprijin fragil. Îmi spuneam că numai atracția terestră ținea casele în picioare. Și am ajuns să mă îndoiesc de senzațiile mele."

Mai apoi s-a instalat „mania simetriei". El își regla întreaga activitate după aceasta. De preferință mergea prin mijlocul străzii. Tratamentul prescris de medic nu trebuia cu nici un preț să înceapă în luna noiembrie, deoarece el, cerând mai multe luni, „în aceste condiții, ar fi încălecat anii și ar fi fost deci îmbucătățit".

În același timp și-a făcut apariția „obsesia buzunarelor". El cerceta prin ce diferă impresia trăită când îți pui mâinile în buzunare drepte de aceea pe care o ai când mâinile se găsesc în buzunare plasate oblic pe un pardesiu. Ca să rezolve problema, „el pornește de la principiul că, în primul caz, adică atunci când îți pui mâinile în buzunare drepte, stabilești un raport de paralelism între lucruri extreme, brațele și picioarele".

A luat de asemenea obiceiul de a se ține drept în fața oglinzii, cu călcâiele lipite, căutând pentru corpul său o simetrie absolută,

spre a obține, cum spune el, „o poziție absolut perfectă". Își reținea în acest scop respirația, cât mai mult timp posibil.

La spital i se fac injecții cu cacodilat de sodă. La un moment dat i-a venit ideea că o bucățică de vată ar fi putut pătrunde în corpul său o dată cu injecția. Această idee a luat mai apoi proporții, dar într-un mod deosebit. Procedând prin contiguitate, edificând, ca să spunem așa, construcții imaginare de ordin exclusiv geometric și rațional, ea se etala din ce în ce mai mult. „Obsesia se umflă. Nu numai vată, ci și metal din ac puteam să am în corp, bucăți din sticla seringii, iar toate acestea se duceau în gândul meu până la organele esențiale, de exemplu la creier. Cacodilatul combinat cu toate acestea se află într-un echilibru precar, iar injecțiile următoare, etajate pe aceasta, pescuiesc firește la bază și precedentele sunt busculate la rândul lor de răul care devorează tot. Întregul tratament nu valorează nimic. Ar trebui demolat până la rădăcină, până la fundație și reclădit în bune condiții. Nu trebuie, pe de altă parte, ca un tratament prost să dea rezultate bune, căci aceste rezultate bune, fiind construite pe zidăria proastă a tratamentului, ar fi antrenate în căderea acesteia. Și chiar în afara riscului de prăbușire, îmi este imposibil să suport ideea absolut *ilogică* a ceva bun care se sprijină pe ceva rău, blocuri de piatră sprijinite pe mortar, atunci când ar trebui să fie dimpotrivă." Abia dacă este necesar să stăruim asupra luxului de elemente din arhitectură, ca și asupra caracterului spațial, geometric al întregului raționament. Primează geometria, planul, logica. Tot ceea ce constituie bogăția și mobilitatea vieții, tot ce este irațional, tot ce este schimbare, progresie este cu desăvârșire exclus din psihismul subiectului.

Bolnavul vrea să monteze un zăvor la o ușă. De teamă ca zăvorul să nu izbească în tocul ușii, el îl înlocuiește cu unul mai mare. Dar observă că noul toc al ușii este mai înalt decât precedentul, însă de aceeași lățime. „Mi-am zis atunci că, *logic*, deoarece era mai înalt, trebuia să fie și mai lat, așa că am lărgit gaura în lemn, cu toate că în nici un caz nu ar fi fost util să o fac." De aici noi dificultăți, noi considerații matematice și, în sfârșit, ca rezultat final, o gaură uriașă în ușă și în zid. „Aș fi putut s-o umplu cu chit – spune bolnavul –, dar asta nu-mi stătea în plan."

„Planul, asta e totul în viața mea – adaugă bolnavul. Nu vreau să-mi deranjez cu nici un chip planul, mai degrabă deranjez viața decât planul. În plan mă atrage gustul simetriei, al regularității. Viața nu arată nici regularitate, nici simetrie și tocmai d-aia eu *fabric* realitatea. Creierului îi atribui eu toate forțele mele."

„Ceea ce voi spune va părea formidabil, dar asta e. Starea mea de spirit actuală constă în a nu da crezare decât *teoriei*. Nu cred în existența unui lucru decât când l-am *demonstrat*. De exemplu, corpul femeii produce o impresie asupra bărbatului. De ce? Iată un lucru de care mă îndoiesc, întrucât nu pot ajunge să-l demonstrez. Eu nu mă văd târât de asta, aruncat în existență fără punct de sprijin, încredințându-mă doar impresiilor mele. Mi s-ar părea că sunt în aer, ceea ce este ilogic."

Dacă pe stradă este uneori impresionat de o femeie, se întoarce acasă, se așază pe un scaun, își încrucișează brațele, ia o poziție cât mai simetrică posibil și se apucă să mediteze. Caută să rezolve problema de ce corpul femeii produce o impresie deosebită asupra bărbatului. El speră că „totul se va reduce la matematică, chiar și medicina și impresiile sexuale". Prin această prismă își face el cercetările. Oare corpul omului nu se reduce la geometrie? Și atunci se întreabă dacă cel mai înalt grad de frumusețe n-ar consta în a avea corpul în formă de sferă, aceasta fiind forma perfectă.

Într-o altă zi el scrie: „Vreau să-mi analizez impresiile de ordin sexual, problemă formidabilă, cu atât mai mult cu cât caut să demonstrez aceste impresii prin lucruri de aceeași natură, prin subimpresii, de exemplu, chit că le subdivizez la rândul lor, și așa mai departe."

El ia în considerare ieșirea sa din casa de sănătate și rămâne perplex; gândirea sa spațială, adaptată exclusiv la lucruri durabile și imobile, este cu totul incapabilă să asimileze cea mai mică schimbare. Iată mersul gândirii sale: „Mă presupun ieșit de aici. Ei bine, trebuie în mod absolut ca eu să am întotdeauna impresia că sunt aici, iar pentru aceasta îmi trebuie ceva care să reprezinte șederea mea aici." Așa se face că, părăsind casa de sănătate, el ia cu sine toate sticluțele sau cutiuțele de medicamente goale folosite în timpul spitalizării, ca să aibă *dovezi* că a fost la casa de sănătate, ba chiar și impresia că încă se mai află acolo.

„Caut imobilitatea, ne declară el. Tind la repaus și la imobilizare. Am de asemenea în mine tendința de a imobiliza în jurul meu viața. Îmi plac de aceea obiectele imuabile, cuferele, zăvoarele, lucrurile care stau mereu pe loc, care nu se schimbă niciodată. Piatra este imobilă, din contră, pământul se mișcă și nu-mi inspiră nici o încredere. Dau importanță numai solidității. Trenul trece pe calea ferată; trenul nu există pentru mine, eu vreau doar să construiesc calea ferată."

„Trecutul este abis. Viitorul este munte. În felul acesta mi-a venit ideea de a lăsa o zi-tampon între trecut și viitor. Pe parcursul acestei zile caut să nu fac nimic-nimic. Am rămas astfel o dată douăzeci și patru de ore fără ca măcar să urinez."

„A-mi readuce impresiile de acum cincisprezece ani, a întoarce timpul, a muri cu aceleași impresii cu care te-ai născut, a face mișcări în cerc, ca să nu te îndepărtezi de bază, ca să nu te dezrădăcinezi, iată ce-aș dori."

Ar fi greu de găsit un exemplu mai frumos privind procedeele folosite de gândirea pur spațială acolo unde, eliberată de influența intuiției, atât de indispensabilă în viață, ea încearcă să dirijeze singură activitatea.

Am văzut idealul erijat de ea și construcțiile monstruoase la care ajunge. Ne putem imagina o confirmare mai frapantă a ideilor lui Bergson, care au constituit punctul de pornire al analizei noastre?

Să adăugăm că, invitat să-și scrie biografia, bolnavul o face pe multe pagini, dar, fapt cât se poate de caracteristic, nu este vorba aici decât de obiecte, ziduri, lăzi, zăvoare, lacăte, nu intervine nici o persoană vie. S-ar zice că viața nu constă decât din obiecte „solide și imuabile".

Este clar, de asemenea, că el nu caută în nici un fel să-și combată atitudinea vicioasă; nu numai că o acceptă, dar și caută, cu ajutorul unor argumente supralogice și supraraționale, să-i demonstreze temeiurile. Se internează nu pentru a se debarasa de „obsesiile" sale, ci doar pentru a „se odihni", cum zice el, spre a putea reveni la zăvoarele și celelalte obiecte de același ordin care constituie conținutul vieții sale. Ceea ce spuneam mai sus cu privire la deosebirea dintre obsesiile hiperemotivilor și „pseudoobsesiile" schizofrenicilor este confirmat de acest exemplu. Vom găsi, de

altfel, o confirmare similară în capitolul IV, atunci când vom vorbi despre atitudinea interogativă. A. Wizel vorbește în acest caz de *forma pseudopsihastenică* a schizofreniei.

Doamna Minkowska, în a cărei observare îndelungată s-a aflat bolnavul descris de noi, punct de plecare pentru un studiu de ansamblu intitulat „Tulburări esențiale în schizofrenie“[24], își rezumă observația în felul următor:

„La el viața este opusă planului; instinctul este opus creierului; simțitul este opus gânditului; capacitatea de penetrare care sintetizează este opusă analizei detaliilor infime; acolo unde noi dăm crezare impresiilor, el cere probe; mișcarea este la el opusă imobilității; evenimentele și persoanele se opun obiectelor; realizarea se opune reprezentării; timpul se opune spațiului; succesiunea se opune extensiunii; scopul se opune bazei. Factorii indicați în prima coloană a acestei scheme lipsesc, pe când cei din a doua coloană sunt, dimpotrivă, hipertrofiați.“

Nu putem decât să subscriem la aceste concluzii. Ele exprimă cât se poate de bine atrofia factorilor care țin de instinct și sunt „mulați pe forma vieții“, precum și hipertrofia compensatoare a tot ce ține de inteligență, care „are drept obiect principal solidul neorganizat, care nu se simte în largul ei decât în discontinuu, în imobilitate, în moarte, care lasă să-i scape ceea ce e nou în fiecare moment al istoriei, care este caracterizată de o incomprehensiune naturală a vieții“ (Bergson).

Particularitățile pe care le-am relevat la cei doi bolnavi descriși în acest capitol sunt departe de a fi excepționale. Le regăsim mereu la schizofrenici, în toate stadiile de evoluție ale afecțiunii. Este suficient să deschidem ochii asupra lor.

Iată, de exemplu, ce ne spunea unul dintre bolnavii noștri:

„În afară de rațiune, care n-a suferit și este intactă, tot restul e complet dereglat. Am suprimat afectivitatea, așa cum am făcut cu toată realitatea. Corpul meu există, dar nu am nici o *senzație internă* de viață. *Nu mai simt lucrurile. Suplinesc prin rațiune această lipsă de senzații.* Mi s-a întâmplat, de când sunt bolnav, să suprim impresia de timp. Pentru mine timpul nu contează. Cheltuiesc o groază de timp pentru cel mai mic act din viața de toate zilele. Simt

că raționez bine, dar în *absolut*, căci am pierdut contactul cu viața."[25]

O schizofrenică avansată se amuza confecționându-și pălării. Forma lor bizară îi permite să-și pună singură diagnosticul. Are șaisprezece pălării. Într-o zi nu a putut găsi două dintre ele și atunci a decis, ca măsură de represalii, să spargă 2/16 din vesela mamei sale.

O altă bolnavă, care, după o vizită a mamei sale, este întrebată dacă a fost bucuroasă să o vadă, răspunde: „Asta înseamnă mișcare, ceea ce nu-mi prea place."

O schizofrenică, la care nu se semnala nici un fenomen obsedant, este animată – s-ar zice – doar de trebuința de a da evenimentelor o formă mai durabilă și de câtva timp umple de însemnări orice hârtie îi cade în mână: ziare, anunțuri vechi etc. Iată un exemplu: „Am luat gustarea în cutare zi, la cutare oră (indică dieta și ora exactă) și scriu cele de față în prezența unui pahar care se găsește în fața mea pe masă, la doi centimetri de hârtia pe care scriu." Așa cum face cu paharul, altădată va lua drept martor, drept punct de sprijin orice alt obiect neanimat și imobil aflat în fața ei: o lampă, de exemplu, care se găsește în apropiere.

Un bolnav are ideea că toate resturile și deșeurile îi vor fi băgate în pântece. El examinează și interpretează din acest punct de vedere tot ce vede în fața lui. În consecință, gândirea sa depășește imediat importanța individuală a fiecărui obiect și, procedând prin contiguitate, se propagă în spațiul infinit, căutând, s-ar spune, să se identifice cu acesta. Banderola ziarului *Figaro*, pe care o primește, îl face să se gândească de îndată la banderolele tuturor exemplarelor acestui ziar, distribuite zilnic, apoi la banderolele tuturor cotidianelor din Franța. Un membru al familiei are bronșită și expectorează. Bolnavul vorbește de toți scuipații din toate casele de sănătate pentru tuberculoși, apoi de deșeurile tuturor spitatelor. Toate aceste resturi îi vor fi băgate în pântece. Fiul său se bărbierește în fața lui; soldații din cazarma din vecinătate se bărbieresc și ei, iar în toată armata se face la fel. Un tichet de metrou îl face să se gândească la toate biletele de cale ferată, de metrou, de autobuz, de tramvai etc. Percepția importanței individuale a obiectelor, a evenimentelor, a persoanelor se șterge în felul acesta. Gândirea fuge pe deasupra lor, în spațiul infinit, fără a cunoaște margini.

Un „mic" raționalist morbid cheltuiește mult timp și energie spre a-și întocmi un program care să-i regleze folosirea strictă a timpului, minut cu minut. Astfel el își va acorda două minute ca să-și aranjeze toaleta înaintea fiecărei mese. Acest program păcătuiește prin exces de precizie și este imposibil de pus în practică. Bolnavul nostru se arată extrem de contrariat de acest fapt. Același bolnav preferă să păstreze sticluțele medicamentelor folosite, ca să aibă astfel o urmă a lucrurilor care dispar în timp. Este de asemenea supărat că se simte mai bine într-o zi în care, după calculele sale, ar fi trebuit să fie obosit. „Nu-i logic", spune el.

Este evident că fapte ca acelea despre care am vorbit au fost, în mare parte cel puțin, observate și descrise de mulți alți autori. Dar poate că noi am izbutit să le examinăm dintr-un unghi nou, ceea ce ne permite să le grupăm într-un mod mai adecvat și, prin urmare, să le înțelegem mai bine. Aceasta este ceea ce interesează înainte de toate. În consecință, fără a ne pierde în citate, ne vom limita să căutăm câteva puncte de sprijin, pentru modul nostru de a vedea, în lucrările unor autori care au dezvoltat o concepție generală mai mult sau mai puțin conformă cu a noastră.

În mod cu totul firesc, ne adresăm în primul rând lucrării domnilor Dide și Guiraud, având în vedere însăși definiția dată de ei demenței precoce, definiție citată de noi mai sus. Reproducem, de la acești autori, câteva pasaje cu privire la psihologia bolnavilor de demență precoce:

„Într-un număr destul de mare de cazuri, bolnavul are conștiința modificărilor profunde intervenite în psihismul său ca urmare a slăbirii tendințelor instinctivo-afective. Acest fenomen, uneori dramatic, dă senzația unei lezări fizice și mentale greu de exprimat..."

„În ordinea mentală, ei multiplică comparațiile și explicațiile. Iată câteva fraze alese din observațiile făcute de noi: «Am nirvanism, stăm de vorbă împreună, dar asta mi se pare ireal, sunt în afara oricărei gândiri umane. Gândirea mea e iluzorie, îmi este străină; e rece... Sunt alienat din cauza decăderii spiritului. Sunt cariat, m-am privit într-o oglindă, n-a mai rămas nimic din mine»./ În aceste condiții, sinteza personalității devine dificilă. Termenii «eu», «mine» sunt mai puțin folosiți decât în mod normal și sunt

înlocuiți prin «persoana mea», «personalitatea mea», «on»[26]. Subiectul vorbește despre el ca despre un individ străin pe care l-ar observa."

„O mare parte dintre tulburările intelectuale nu este decât consecința unor simptome fundamentale, îndeosebi a dezinteresului și a pierderii valorii afective a reprezentărilor. Rezultă o lăsare la voia întâmplării, o distracție atât de accentuată încât orice travaliu intelectual ceva mai complex riscă să fie întrerupt sau deviat de apariția unor idei parazite. În felul acesta înțelegem noi tulburările de autoconducere descrise./ Majoritatea faptelor consecutive apariției bolii sunt reținute fără precizie și mai ales fără perspectivă cronologică. Bolnavul poate apropia două fapte care s-au petrecut la interval de zece ani; scurgerea a zece ani are prea puțină importanță pentru el./ Sensul cuvintelor este mult mai extins decât în mod normal; termenii generali și abstracți se bucură de preferință./ Unele prepoziții[27] cu semnificație cronologică cum sunt *lorsque, quand*[28] sunt înlocuite prin termeni cu valoare topografică cum este *où*: «Je m'en irai *où* l'heure sonnera vers le dehors»; «Je fus très sensibile *où* jè fus tenté il y a quatre jours par le sort du défunt Omer...»; «Chaque jour il se rapporte à ma personne des passions venant l'une de la part de Jeanne d'Arc, l'autre de la part de Dieu *où* ils nous commandent...»/ La fel, timpurile și modurile sunt folosite alandala. Putem observa [la acești bolnavi] limbajul telegrafic sau *petit-nègre*[29], în care toate verbele sunt la infinitiv."

Nu am dori să încheiem acest studiu fără a menționa memoriul doctorului Divry din Liège: „Contribuție la studiul tulburărilor personalității". Acest memoriu, publicat în *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* (1920)[29], dacă nu mă înșel, a trecut neobservat.

Fără a pune în discuție deosebirile ce pot exista între domnul Divry și mine în ceea ce privește clasificarea tulburărilor mentale și mai ales problema diagnosticului diferențial al schizofreniei și psihasteniei lui Janet[30], țin să insist aici în special asupra punctelor comune în modul nostru de a aborda tulburările personalității umane. Să subliniem totuși faptul că, asimilând personalitatea cu „Eul pe deplin conștient" și luând-o astfel în considerare exclusiv „în latura sa subiectivă", domnul Divry limitează de la bun început

aplicarea ideilor sale la bolnavii care conștientizează starea lor și care se plâng de aceasta. El se adresează deci înainte de toate bolnavilor care par să aibă psihastenie sau care cel puțin prezintă, în cursul altor afecțiuni, un element ce poate fi calificat drept „psihastenic". Această limitare nu este, totuși, indispensabilă. Putem încerca să aplicăm vederile generale ale lui Bergson într-un mod mult mai extins, examinând din același unghi o întreagă serie de manifestări și de reacții observate la bolnavii noștri și pe care aceștia nu le consideră nicidecum anormale. Am încercat să procedez în felul acesta în cercetările mele, expuse în paginile precedente. Nu se poate să nu văd în aceasta un anumit avantaj. Simptomele despre care bolnavii nu au cunoștință au tot atâta, dacă nu chiar mai multă importanță pentru concepțiile noastre asupra tulburărilor mentale decât acele simptome descrise de ei drept maladive.

După ce am formulat aceste rezerve, cităm câteva pasaje din lucrarea domnului Divry:

„Eul conștient reprezintă acea senzație intimă a unui fel de centru dinamic, de funcție psihică sintetizatoare care ne dă noțiunea de existență a propriului corp, cu valoarea sa fizică și psihică, și care, în același timp, este capabil să recepteze, asimilându-le, datele lumii exterioare, reacționând la rându-i asupra acesteia./ Cu toate că este unul în viața noastră conștientă, Eul poate fi examinat sub două aspecte funcționale, pe care le vom defini imediat, spre a facilita expunerea, drept Eu intuitiv sau practic și Eu intelectual sau speculativ. Eul intuitiv sau practic este factorul dinamic al Eului, care acționează în experiența cotidiană; deși luminat de conștiință, el păstrează un caracter de spontaneitate, de instinctivitate, de activitate reflectivă; mai ales prin el percepem, simțim, acționăm; din instinct, ca să spunem așa, acceptăm datele sale și de aceea este un fel de instinct sublimat, instinct care a irupt în domeniul conștiinței; ardoarea irațională cu care ne angajăm în anumite probleme – spune Bergson – dovedește îndeajuns că inteligența noastră are instinctele sale. Ca să scoatem mai bine în evidență aceste două straturi dinamice ale Eului conștient, pe de o parte Eul practic, pe de alta Eul intelectual, să luăm în considerare problema

valorii obiective a senzaţiilor noastre: Eul practic ne face să trăim cu impresia că senzaţia noastră are un corespondent obiectiv adecvat, cu alte cuvinte că lumea exterioară există, cu calităţile pe care senzaţia le face să pătrundă în conştiinţa noastră; Eul intelectual poate trezi îndoiala; el ne face să ajungem la consideraţia logică, în definitiv, că nu cunoaştem din lumea exterioară decât senzaţiile noastre şi că nimic nu este mai puţin cert decât că acestea traduc în mod fidel fenomenele obiective: acesta este nucleul idealismului transcendental, pentru care lumea nu este decât idee./ Dacă aplicăm punctul nostru de vedere la problema sensului realului, vom spune că pierderea sensului realului rezultă din căderea funcţională a Eului practic; este o tulburare a acelei părţi a Eului care a conservat ceva instinctiv în activitatea sa./ Aceşti bolnavi raţionează, iar uneori sunt extrem de inteligenţi; în aşa fel încât, prin degradarea funcţiei practice a Eului, pe de o parte, şi hiperactivitatea funcţiei sale speculative, pe de altă parte, se stabileşte un dezechilibru marcat în activitatea lor psihică./ Conştiinţa şi-a pierdut, într-un fel, instinctul; dimpotrivă, bolnavul discută la nesfârşit în mod contradictoriu pe tema afecţiunii sale; reacţie sterilă a Eului intelectual./ «Puteţi să mă întrebaţi despre orice – spune o bolnavă –, voi şti să vă răspund; dar am impresia că nimic nu există». Nu înseamnă aceasta a pune degetul pe o lipsă de consacrare a Eului conştient şi, conform ipotezei noastre, pe pierderea acelei activităţi intuitive a Eului nostru, care într-un fel ne face să trăim în lucruri, identificându-le cu percepţia conştientă pe care o avem despre ele? Trăim tocmai prin acest puseu instinctiv, din care conştiinţa a păstrat câte ceva; el este acela care ne orientează în lumea exterioară; reflecţiei totul îi este aici străin, dar instinctul îşi urmează cursul şi ne face să trăim./ Tocmai logica instinctului conştient – dacă ne este permis să asociem aceste două cuvinte – este cea pe care au pierdut-o aceşti bolnavi; ei nu mai au, în toată promptitudinea sa, instinctul de a trăi; în al doilea rând, ei introduc prea multă reflecţie sterilă în viaţa lor conştientă; Eul lor speculativ acţionează într-un mod exagerat şi eronat, iar puseul instinctiv, care este viaţa şi care merge direct la scop, îşi încetineşte pasul şi se estompează".

Nu-i vom imita pe acești bolnavi și, acolo unde se va impune să aprofundăm cunoștințele noastre teoretice și practice asupra personalității umane, chiar dacă rezervăm locul ei rațiunii, nu vom ezita să facem ca în cercetările noastre să intervină instinctul și intuiția.

NOTE

1 *Traité*, 8e, édition, pp. 746–749, 905.

2 În *La force et la faiblesse psychologiques* (1932), între altele. (Nota trad.)

3 „*elle émigre ensuite à l'étranger*", în textul original. (Nota trad.)

4 Toulouse et Mignard, *Revue de Psychiatrie*, 1908, 1909, 1911, 1912, *Annales médico-psychologiques*, juin 1914; Toulouse, Juqulier et Mignard, *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1920.

5 Sunt fericit să relev aici punctele comune care există între concepția mea și aceea a domnului Bornsztajn din Varșovia. Bornsztajn atribuie autismului rolul primordial în geneza simptomelor schizofrenice, contrar lui Bleuler, care vede într-o tulburare a asociațiilor punctul de plecare al tuturor manifestărilor schizofrenice. A se vedea în această privință „La valeur clinique de la notion de schizophrénie et une nouvelle théorie de cette affection", XIIe Congrès des médecins et naturalistes polonais, *Annales médico-psychologiques*, février 1926.

6 Villey-Desmésaret, „Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale. Essai sur les courants actuels d'idées en psychopathologie. Freud, Bleuler, Janet", Thèse de Paris, 1924.

7 H. Claude, A. Borel et Gilbert Robin, „Démence précoce, schizomanie et schizophrénie", *Encéphale*, mars 1924, p. 147.

8 E. Minkowski et M. Tison, „Considérations sur la psychologie comparée des schizophrènes et des paralytiques généraux", Société de Psychiatrie de Paris, février 1924, *Journal de Psychologie*, octobre 1924.

9 Cităm aici spusele lui Chaslin asupra nebuniei discordante, deoarece această noțiune vizează, în mare parte, aceeași categorie de bolnavi pe care Kraepelin o desemnează cu numele de demență precoce, iar Bleuler îi spune schizofrenie. În ceea ce privește deosebirile ce există între concepțiile acestor trei autori, a se vedea articolul meu „La genése de la notion de schizophrénie etc.", *loc. cit.*

10 Este vorba de paralizia generală progresivă sau *sifilis*, sau *neurolues*. (Nota trad.)

[11] Lăsăm la o parte problema dacă aceste elemente sunt distruse într-un mod ireparabil sau dacă pur și simplu nu intervin mai util, din cauza unor tulburări funcționale.

[12] În aceasta rezidă poate una dintre deosebirile esențiale, examinate din acest punct de vedere, dintre comportamentul paraliticilor generali și acela al unor maniaci. Proiectele maladive ale acestora rămân, pare-se, încadrate de durata măsurabilă. Ei contează încă pe timp, în sensul *obișnuit al cuvântului*, și fixează realizarea proiectelor lor pentru date mai mult sau mai puțin îndepărtate, în *timp ce bolnavul de* paralizie generală trăiește înainte de toate în succesiunea imediată care debordează totul. Spunem acestea, de altfel, cu titlu de simplă ipoteză. Nu am putea spune azi mai multe pe această temă.

[13] Hipodrom din zona Parisului. (Nota trad.)

[14] Verbul *verblöden* = a prosti, a tâmpi, iar substantivul *Verblödung* = prostire, tâmpire. (Nota trad.)

[15] P. Nayrac, „Essai sur la démence paranoïde", Thèse de Lille, 1923.

[16] Sublinierea traducătorului.

[17] H. Claude, A. Borel et G. Robin „Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif" (*Annales médico-psychologiques*, 1923; H. Claude, G. Robin et P. Roubenovitch, „La schizomanie simple", *Société médico-psychol.*, novembre 1925; P. Roubenovitch, „Contribution à l'étude de la schizomanie", Thèse de Paris, 1926.

[18] Dide et Guiraud, *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson, 1922.

[19] Athymhormie este derivat din θυμοζ = stare de spirit și ὀρμαω = a se lansa.

[20] O plauzibilă expresie a activității formației reticulate din trunchiul cerebral. (Nota trad.)

[21] J. Rogues de Fursac et E. Minkowski, „Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistes. (Le rationalisme morbide)", *Encéphale*, 1923.

[22] M. Mignard, „L'emprise organopsychique et les états d'aliénation mentale", *Encéphale*, 1922.

[23] Mme et E. Minkowski, „Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants", *Annales médico-psychologiques*, no 5, 1924.

[24] F. Minkowska, „Troubles essentiels de la schizophrénie", *Évolution psychiatrique*, Payot, Paris, 1925.

[25] E. Minkowski, „Schizophrènes peints par eux-mêmes", *La Médecine*, février 1924.

[26] Pronume nehotărât fără corespondent în limba română. (Nota trad.)

[27] De fapt, conjuncții/adverbe. (Nota trad.)

[28] Din motive lesne de înțeles, reproducem *tale quale* exemplificările. (Nota trad.)

[29] Divry, „Contribution à l'étude des troubles de la personnalité", *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 1920.

[30] Această problemă este deosebit de dificilă. Amintim faptul că domnii Dide și Guiraud găsesc că multe observații de psihastenie, în lucrarea fundamentală a lui Janet, aparțin demenței precoce (*Psychiatrie du médecin praticien*, p. 181).

Capitolul III

AUTISMUL

A. *Conținutul psihozei și autismul*

a) *Conținutul psihozei.* Am arătat în capitolul precedent că pierderea contactului cu realitatea nu este nici o concepție metafizică și nici o formulă verbală menită să rămână sterilă. Această formulă ne-a permis să punem în evidență fapte noi și să le dăm o explicație. Pentru a ne duce la bun sfârșit sarcina este acum necesar să revenim la originile înseși ale noțiunii de schizofrenie.

Opera lui Freud a exercitat o mare influență asupra gândirii lui Bleuler. O spune chiar el în prefața la Tratatul său. Tocmai acestei influențe se datorează noțiunile de *conținut al psihozei, de complex și de autism*. Bleuler l-a avut în acel moment drept colaborator valoros pe Jung. Acesta publica încă în 1907 prima lucrare inspirată de psihanaliză, intitulată *Asupra psihologiei demenței precoce*[1], lucrare care a marcat o etapă în știința noastră.

Datele culese de Freud în *L'Analyse des rêves*[2] au fost aplicate de atunci încoace manifestărilor morbide ale alienaților.

Este sigur că nu pentru prima dată în istoria psihiatriei s-a încercat o apropiere între vis și alienarea mentală[3]. În fond, procedeul este tot atât de vechi ca lumea, dar tocmai această circumstanță ne oferă ocazia de a pune în relief una din trăsăturile esențiale ale psihiatriei contemporane, anume importanța acordată factorilor afectivi în geneza tulburărilor mentale.

Sub influența lui Descartes, s-a luat obiceiul de a se considera omul mai înainte de toate, ca să nu spunem exclusiv, o *ființă gânditoare*. Tocmai din acest punct de vedere abordau și psihiatrii problemele pe care le studiau. Nebunia era înainte de toate o „pierdere a rațiunii". Similitudinea dintre vis și nebunie este mai mult decât evidentă, cele două fenomene în chestiune nefiind altceva decât o „degradare" sau o „anarhie totală a gândirii", un veritabil „vagabondaj intelectual". Bazându-se pe această constatare, destul de superficială – azi trebuie s-o recunoaștem – încă din 1855 Moreau de Tours proclama „identitatea visului și a nebuniei" (*Annales médico-psychologiques*)[4].

Această formulă generală nu este însă de natură să satisfacă psihiatria contemporană. În consecință, vedem conturându-se aici, în legătură cu problema „vis și nebunie", două curente diferite, ambele având drept scop aprofundarea acestei probleme.

Unul dintre acestea, urmat mai ales de școala franceză, caută să releve o similitudine *semiologică* între vis și *unele* forme de alienare mentală. În ambele cazuri putem găsi prezența unor semne ca amnezia, predominarea halucinațiilor vizuale cu o mare mobilitate, incoerența și absurditatea ideației etc. Bazându-se pe prezența semnelor de acest ordin, Laségue a tras în 1881 concluzia că „delirul alcoolic nu este un delir, ci un vis". Régis precizează apoi noțiunea de *delir oniric*, ca una din formele caracteristice tulburărilor mentale de origine toxiinfecțioasă. Acest curent a dus deci la o *noțiune clinică*.

În cursul ultimilor ani s-a discutat în Franța și despre reveria delirică (*délire de revêrie*), ca și despre reveria morbidă (G. Heuyer și Borel; Claude, Borel și Robin). Această reverie delirică diferă total, din punct de vedere simptomatologic, de delirul oniric, neavând nimic comun cu el. Ne vom da neîntârziat seama de lucrul acesta atunci când vom vorbi într-un mod mai riguros, în capitolul următor, despre atitudinile schizofrenice. Aici este de ajuns să spunem că această circumstanță dovedește că problema „vis–nebunie" poate fi abordată și altfel.

Această abordare este opera celui de al doilea curent care, opunându-se din ce în ce mai mult raționalismului universal al

secolului trecut, tinde din toate puterile la o psihiatrie și psihologie *afective*.

De acest curent ne vom ocupa noi în primul rând în paginile care urmează și numai spre a-l înțelege mai bine am ținut să spunem câteva cuvinte despre celelalte căi urmate de știința noastră, în legătură cu aceleași probleme.

Desigur, la o primă privire, visul nu este făcut foarte adesea decât din absurdități și incoerențe, nu este decât un vagabondaj al gândirii. Dar, după Freud, aceasta nu se referă decât la învelișul exterior, la *conținutul manifest* al visului. În spate se ascunde cu totul altceva: *conținutul latent* al visului, constituit din *tendințe și dorințe refulate*, legate de fibrele cele mai intime și mai esențiale ale individului. Visul nu mai este privit ca un eveniment inconsistent, banal și absurd; el are acum un sens precis și se integrează, ca să zicem așa, în viața celui care visează. Totul este să știi să-l descifrezi. Freud ne-a învățat să o facem, cu ajutorul metodei sale, aceea a asociațiilor spontane.

Dar de ce, ca să exprime dorințele care îi stau la bază, adoptă visul această formă bizară, care le-a permis predecesorilor noștri să nu vadă în el decât un vagabondaj al gândirii?

Dorințele refulate constituie conținutul latent al visului. Dar forțele în numele cărora s-a operat refularea continuă să funcționeze chiar și în timpul somnului. Ciocnirea, conflictul, se reproduce și acum, deși la proporții mai mici, într-un mod mai puțin violent, din cauza „responsabilității atenuate" – dacă ne putem exprima astfel – a omului adormit. Dorințele refulate, foarte adesea inavuabile în stare de veghe în fața propriei conștiințe, își fac apariția în vise. Totuși ele nu îndrăznesc să o facă într-un mod clar și explicit. *Cenzura* veghează ca ele să nu o facă deloc. De aceea ele se prezintă în conștiința adormită sub o mască în aparență impenetrabilă, făcută din simboluri, din analogii vagi, din substituții de persoane și locuri. În felul acesta se constituie o formă particulară a gândirii. Lucrările lui Freud ne învață să le descifrăm și să le înțelegem.

Nimic nu se schimbă în această tendință generală prin faptul că unii psihanaliști, cum sunt Jung, Riklin și Maeder, îndepărtându-se de concepția freudiană, nu mai vor să vadă în vise expresia unor dorințe refulate, ci le atribuie tot mai mult un rol prospectiv. Ei

consideră visul ca fiind produsul unei activități psihice creatoare și văd în forma simbolică a visului expresia unei tendințe pe cale de a se forma, care nu se poate exprima altfel nu pentru că e refulată, ci pur și simplu pentru că nu este destul de matură și nici destul de precisă ca să adopte forma gândirii discursive conștiente. Avem și aici de-a face cu *tendințe* esențiale ale individului și cu o formă particulară în care ele se manifestă și care, total diferită de gândirea obișnuită, pare la o primă privire incoerentă și de neînțeles.

Dar, oare, în spatele vorbelor și gesturilor incoerente ale alienaților nu se disimulează un conținut viu asemănător? S-a pus, în consecință, problema *conținutului psihozei*. Vis și nebunie sunt din nou comparate, dar lucrul acesta nu se mai face din punctul de vedere al unei similitudini semiologice și încă și mai puțin al unui simplu vagabondaj intelectual al ființei gânditoare. De data aceasta cele două fenomene sunt considerate expresia unor tendințe și dorințe reale ale ființei vii, o expresie particulară într-adevăr, „care pare incoerentă" din punctul de vedere al vieții curente, dar în fond admisibilă atunci când individul se deturnează [de la] sau se detașează de activitatea pragmatică și nu se adresează, ca să zicem așa, nimănui. Vis și nebunie sunt fenomene de același ordin, în măsura în care nu caută *să se integreze în mod adecvat realității ambiante*; ele își făuresc de aceea propriul lor limbaj.

A rămas gravat în memoria mea unul din cazurile descrise de Jung. Este vorba de o bătrână „dementă", care stătea de mai mulți ani în azil. Îi precedase acolo și pe director, pe asistenți și pe toate infirmierele. Nu se știa nimic despre proveniența ei. Nimeni nu venea să o vadă. Ea nu putea da nici o informație despre trecutul ei, singura sa manifestare exterioară constând dintr-o frecare stereotipă și continuă a mâinilor. Pielea palmelor se îngroșase din cauza aceasta și devenise tare ca tovalul. Toată lumea o cunoscuse dintotdeauna ca atare și se obișnuise să o vadă șezând mereu în același loc, în care executa gestul ei stereotip, ca un automat. Totuși, una dintre infirmierele din serviciu, cea mai veche, își amintea că odinioară, cu mult timp în urmă, mișcările bolnavei erau mai ample și evocau mișcările unui cizmar la lucru. În acea vreme infirmierele o numeau între ele „bolnava care coase încălțăminte". La moartea bolnavei s-a prezentat, ca să asiste la înmormântare, un văr bătrân.

Jung l-a întrebat dacă își amintește în ce mod a căzut bolnavă verișoara sa. Bătrânul a scotocit în amintirile sale: „A, da, îmi amintesc – răspunse el –, boala a început în urma unui necaz intim; a avut un prieten care a abandonat-o. – Și ce meserie avea acel prieten? – Era cizmar".

Noi nu împărtășim, desigur, concepția simplistă a interlocutorului lui Jung, care vedea într-o decepție erotică o cauză eficientă a afecțiunii. Dar aceasta nu ne va împiedica să spunem că sărmanul gest al bolnavei noastre are acum un *sens* și că acest ultim vestigiu al activității sale se leagă de un eveniment cu mare încărcătură afectivă din trecutul ei îndepărtat, că acest trecut supraviețuiește, în ciuda anilor scurși, în ciuda degradării progresive a personalității, animând acea flăcăruie a amintirii care încă palpită în ea.

Iată acum și un alt bolnav al lui Jung. Este vorba de un tânăr savant, care publicase lucrări foarte apreciate de confrații săi. Timid, plăpând și bâlbâit, el duce o viață retrasă și pare să fi găsit în știință satisfacția supremă. Cu prilejul unei călătorii la B. el face însă o criză de excitație violentă. Se dedă la exerciții baroce, pretinzând că face gimnastică, declamă cu voce tare, vorbește de frumusețea și forța lui extraordinară, precum și de o lege care îi permite să aibă o voce foarte melodioasă. De altfel, mai avusese un acces analog, tot cu ocazia unei călătorii la B. Se văzuse atunci în fruntea unei oștiri numeroase, pe care o conducea la victorie. Pentru acea acțiune strălucită obținuse drept recompensă mâna tinerei fete de care fusese odinioară îndrăgostit. În realitate, cum a explicat el, după ce s-a calmat, timiditatea sa, sporită și din cauza bâlbâielii, îl împiedicase mereu să-i declare că o iubește. Ea trăiește acum, măritată cu altul, la B. El spune că a uitat-o cu totul și că se dusese la B. „întâmplător", pur și simplu ca să se recreeze.

Gesturile și vorbele incoerente ale bolnavului, care a trebuit să fie spitalizat, sunt și aici comprehensibile. Conținutul psihozei sale apare net în fața noastră. Mecanismul compensației ne sare în ochi.

Tânărul nostru savant își poate acorda acum luxul de a fi frumos ca Apolo, puternic ca Hercule, elocvent ca Demostene și să obțină mâna iubitei sale, la care în realitate crezuse de cuviință să renunțe, din cauza infirmității lui. Cât despre vizitele la B., să spunem pur

și simplu că în viață există „întâmplări" care nu au nimic de-a face cu întâmplarea reală.

Nu vom merge până acolo încât să spunem că faptele psihologice la care ne-am referit au determinat ele singure apariția de tulburări mentale. Ele nu constituie însă mai puțin conținutul viu al acestora și nu se poate să nu recunoaștem valoarea și importanța acestei constatări.

O bolnavă[5], într-o stare de excitație extremă, se arată foarte violentă. Ea se năpustește asupra infirmierelor și încearcă să le smulgă cheile. Văzând un castronaș cu cafea neagră pe masă, se repede furioasă și vrea să-l verse. Se crede împărăteasa Rusiei și zice că se va duce în Polonia să-și salveze patria. Mai spune că va urca în cer ca să salveze lumea și să-și regăsească tatăl. Se crede persecutată, între alții de către mama și de fratele ei. Nu mănâncă decât lapte și pâine. Uneori murmură rugăciuni, cu ochii fixați asupra soarelui, neincomodată de razele acestuia.

Ameliorată, bolnava ne explică tulburările avute în cursul accesului. Totul avea pentru ea o semnificație simbolică. Negrul era culoarea diavolului. O dată medicul s-a prezentat la vizită cu o pată de cerneală pe bluză, ceea ce i-a dat certitudinea că era trimisul diavolului. Din aceeași cauză a vrut cu tot dinadinsul să verse castronașul cu cafea neagră. Îi era mai ales teamă de roșu, căci roșul înseamnă foc și sânge, dar și amor. Alb, albastru și auriu erau culorile cerului. Putea deci să bea lapte, care, de altfel, în timp ce îl bea, devenea bleu-ciel. Nu-și îngăduia să mănânce decât ce crește deasupra pământului, cum sunt fructele, de exemplu. Cartofii, dimpotrivă, îi erau interziși, întrucât suprafața pământului reprezenta pentru ea linia de demarcație dintre cer și infern, dintre bine și rău.

Toate obiectele aveau pentru ea o semnificație deosebită. Cheile erau cheile raiului și voia să pună mâna pe ele. Lingura era un sceptru. Și-a rupt lanțul de la ceas ca să separe cu totul cerul de pământ. Avea două inele. Unul era ornat cu un rubin, pe care l-a aruncat: era inelul diavolului. Celălalt avea trei mici diamante: simboliza Sfânta Treime, și l-a păstrat.

Totul se raporta, pentru ea, la lupta dintre cer și infern. Uneori ea însăși era Dumnezeu și, pentru a simboliza Sfânta Treime, ținea în permanență îndoite trei degete de la mână. Își atribuia capacitatea

de a zbura și de aceea, acasă, înainte de a intra la azil, a încercat să sară din balcon, convinsă că avea să zboare direct în cer.

Ne vorbește apoi de trecutul ei. Simțea o mare tandrețe pentru tatăl ei, care, ca și ea, iubea „lucrurile ideale". Mama și fratele ei aveau firi mult mai glaciale și terestre. De aici dispute frecvente între părinți, ca și o preferință marcată a mamei sale pentru fratele ei. Viața sa n-a fost deloc fericită. Tatăl a pierdut o mulțime de bani, speculând la Bursă; mama a știut să-și aproprieze restul de capital, așa încât tatăl ei a murit în mod mizerabil într-un spital. Din cauza aceasta ea însăși nu a primit decât o instruire practică, contrar celor ce-și dorise. Purta în ea, prin urmare, un sentiment de inferioritate, pe care îl resimțea mai ales atunci când se găsea în societatea unor oameni cultivați, sentiment care, din cauza obezității crescânde, n-a făcut decât să se accentueze. Cultul ei pentru lucrurile frumoase și elevate s-a accentuat în aceleași proporții.

Cu toate acestea, acum câțiva ani, viața păruse să-i surâdă. Făcuse cunoștință cu un polonez, instruit și cultivat, de care s-a îndrăgostit. El îi vorbea mult de țara sa și adesea o numea „regina mea" sau „prințesa mea". De aici ideea, în cursul delirului ei, că Polonia este restaurată și că ea este regina Poloniei. Iar la începutul acceselor sale ea a scris pe dosul unei cărți de vizită „Revino imediat", ținând acea carte de vizită în fața ferestrei, sperând că porumbeii, pe care ea îi credea porumbei-călători, vor duce misiva la prietenul ei, în Polonia. Căci romanul ei erotic a fost în realitate de scurtă durată. Renunțase la căsătorie pentru că fratele ei, de care era foarte „atașată", se opusese. De atunci încoace viața nu i-a fost decât o suită de decepții și de mâhniri.

Aceste trei exemple, alese dintre cele mai simple și reproduse aici în mod sumar, fac să reiasă clar raporturile vizate de noțiunea de *conținut al psihozei*. Se pune problema descifrării sensului manifestărilor incoerente în fața cărora ne găsim, reducându-le la evenimente cu mare încărcătură afectivă din trecutul bolnavului. Aceste evenimente sunt numite, în cercetările de acest ordin, *complexe*.

Spre a defini cum se cuvine noțiunea de conținut al psihozei, este necesar să formulăm două remarci importante, cu atât mai mult cu

cât tocmai această parte a concepției bleuleriene a fost adesea incorect interpretată în Franța.

1. Conținutul psihozei nu constituie proprietatea exclusivă a unei singure maladii mentale, oricare ar fi aceasta; ea nu implică prin ea însăși nici un diagnostic. Ea depășește cadrul schizofreniei, deoarece nimic nu ne împiedică să o aplicăm altor entități clinice, cum sunt nebunia maniaco-depresivă sau paralizia generală sau, dacă vreți, delirul oniric. Avem deci aici de-a face în primul rând cu o noțiune de *psihopatologie generală*. Dacă, totuși, a înregistrat cele mai mari succese în domeniul schizofreniei, este pentru că aici ne aflăm în prezența unor manifestări de alienație mentală care par la exterior cât se poate de „incoerente" și de impenetrabile pentru înțelegerea noastră.

Mai înainte nu se întrevăzuse nici cea mai mică fantă prin care să se fi putut strecura o privire indiscretă, în scopul de a descoperi ceea ce este viu în spatele acelei salate de cuvinte, a acelor stereotipii, a acelui mutism, a acelei hiperkinezii dezordonate găsite atât de adesea la schizofrenici. Întreagă această țară deșertică s-a animat brusc, datorită cercetărilor lui Bleuler și Jung, întreprinse sub influența lucrărilor lui Freud. În felul acesta, după cum spune Wilmanns[6], a fost pusă piatra de temelie a psihologiei schizofrenicilor. Dar, și țin să insist încă o dată asupra acestui lucru, este vorba aici exclusiv de psihologie. Prezența sau absența complexelor nu este un factor de diagnostic diferențial. Acesta trebuie să se bazeze, pentru schizofrenie, ca și pentru orice altă afecțiune, pe latura deficitară, adică pe simptomele elementare și pe comportamentul particular, așa cum au fost ele precizate de Bleuler. Nici un eveniment, nici un fenomen al vieții normale nu este suficient el singur spre a elabora noțiunea de *maladie*. Aceasta nu se poate baza decât pe tulburări și pe anomalii și nu pe conținutul psihologic al psihozei. Aceasta nu scade cu nimic, evident, importanța enormă pe care o are pentru noi orice tentativă de a face comprehensibile manifestările incoerente ale alienaților, apropiind psihismul lor de al nostru.

2. Noțiunea de conținut al psihozei nu implică în mod necesar ideea că acest conținut ar fi cauza psihozei, nici chiar aceea a *psihogenezei* tulburărilor la care ea se aplică, și încă și mai puțin

a afecțiunii pe care o condiționează. Lucru pe care l-am prevăzut mai sus, în urma exemplelor pe care le-am dat. A descoperi sensul psihologic al mișcărilor stereotipe ale bolnavei noastre nu înseamnă nicidecum că acele complexe care se reflectă aici au fost cauza eficientă a bolii. Putem foarte bine să admitem că o tulburare generatoare duce la manifestări anormale de felul mișcărilor stereotipe. Nimic nu ne împiedică, de exemplu, să interpretăm aceste mișcări ca fiind expresia unei slăbiri a elanului vital, ca apariție a unui ritm elementar care nu este decât patinare pe loc, decât o eternă reîntoarcere, fără nici un progres. Dar această interpretare nu ne interzice nicidecum să recurgem la complexe spre a înțelege semnificația simbolică pe care o pot avea aceleași mișcări și a ne da seama din ce cauză ele capătă la bolnavul studiat o anumită formă mai degrabă decât o alta. Nici una dintre aceste interpretări nu o exclude și nici n-o contrazice pe cealaltă. Nici una dintre ele nu reclamă exclusivitatea absolută pentru ea însăși.

Ba chiar este imposibil de spus în prezent căreia s-ar cădea să-i acordăm primul loc din punct de vedere etiologic. Să amintim aici încă o dată că, pentru Bleuler, la baza schizofreniei se află un factor de ordin organic. El nu obosește să o repete. Această tulburare organică se exprimă, pe plan psihologic, în primul rând printr-o slăbire a tensiunii asociațiilor (Lockerung der Assoziationen), care constituie tulburarea esențială în schizofrenie. Complexele nu fac decât să ne facă să înțelegem sensul manifestărilor și reacțiilor secundare, instalate la schizofrenic prin intermediul tulburării inițiale și care conferă fiecărui caz pecetea sa individuală; dimpotrivă, nu ele sunt acelea care creează psihoza. Deși ne distanțăm de magistrul nostru în ceea ce privește interpretarea psihologică a tulburării inițiale în schizofrenie, deși ne apropiem din ce în ce mai mult de noțiunile bergsoniene, rămânem întru totul de acord cu el când nu le atribuim complexelor decât un rol secundar în patogenia acestei afecțiuni. Vom avea de altfel ocazia să revenim asupra acestui aspect.

b) *Autismul.* Omul care visează doarme, iar această stare de somn, suspendând în mod pasager orientarea vieții psihice, spre realitatea ambiantă, permite dorințelor, mai mult sau mai puțin

ascunse, să se manifeste sub formă de vise fantastice, stranii, indescifrabile la prima privire. Schizofrenicul nu doarme și totuși viața sa intimă se exprimă uneori în același mod. Care este deci mecanismul care, asemenea somnului în cazul viselor, determină forma particulară a tulburărilor schizofrenice, formă în care noi presupunem acum o anumită analogie cu visul?

Tocmai aici intervine noțiunea de *autism*. Iată ce spune Bleuler, în Tratatul său:

„Schizofrenicii cei mai avansați, care nu mai au nici un raport cu ambianța, trăiesc într-o lume care nu este decât a lor. Ei s-au închis aici, ca să zicem așa, cu dorințele lor, pe care și le imaginează realizate, sau cu suferința lor, ce rezultă din persecuțiile a căror victimă se cred. Ei își limitează contactul cu lumea exterioară la minimum strict./ Numim *autism* această detașare de realitate, asociată cu o predominare relativă sau absolută a vieții interioare./ În cazurile cele mai ușoare, realitatea și-a pierdut doar importanța afectivă și logică. Bolnavii încă se mișcă în lumea exterioară, dar nici evidența și nici logica nu mai au priză nici asupra dorințelor, nici asupra delirului lor. Tot ceea ce este în contradicție cu complexele pur și simplu nu există, nici pentru gândire, nici pentru afectivitate./ O bolnavă cultivată spune că ea a construit un fel de zid în jurul ei, în așa fel încât are adesea impresia că se găsește într-un fel de horn./ Termenul «autism» exprimă, în linii mari, latura pozitivă a ceea ce Janet numește, ca latură negativă, «pierderea simțului realității». Nu putem totuși accepta fără rezerve această expresie, deoarece ea ia în considerare simptomul într-un mod prea global. Simțul realității nu le lipsește cu totul schizofrenicilor, pierderea sa neapărând decât în prezența unor evenimente și lucruri care sunt în contradicție cu complexele bolnavului [...]/ Autismul nu se lasă întotdeauna descoperit de la bun început. Numai observându-i timp mai îndelungat, înțelegem în ce măsură, preocupați să-și urmeze propriul drum, ei se străduiesc să nu lase să pătrundă până la ei ambianța. Chiar și bolnavii cronici par uneori să aibă un bun contact acolo unde este vorba de lucrurile indiferente ale vieții. Ei vorbesc, iau parte de jocuri, dar nu fără a păstra pentru ei înșiși complexele lor. Ei nu suflă o vorbă despre ele și nu vor ca cineva să se atingă de ele. Înțelegem astfel aparenta lor indiferență

tocmai față de ceea ce ar fi trebuit să fie de cel mai mare interes pentru ei [...]/ Lumea exterioară, izbind deci frontal imaginile făurite de fantezia lor, trebuie uneori să li se pară de-a dreptul ostilă. În alte cazuri, totuși, această izolare de lumea exterioară este determinată de motive de cu totul alt ordin. Unii bolnavi, mai ales la început, fug de lume în mod conștient, deoarece încărcătura afectivă pe care o poartă în ei este prea puternică; ei caută să evite orice cauză de emoție. Indiferența față de lumea exterioară este în acest caz un fenomen secundar, consecință a unei emotivități prea mari[7]./ La mulți bolnavi autismul se reflectă și în atitudinea lor exterioară. Acești bolnavi nu numai că nu se interesează de nimic, ci rămân mai mult imobili, întorc fața, nu privesc decât zidul și caută să îndepărteze orice excitație ce vine din afară, trăgând cuvertura sau șorțul peste cap, ghemuindu-se în așa fel încât să micșoreze cât mai mult posibil suprafața expusă excitanților exteriori./ Întocmai ca afectivitatea autistă, gândirea autistă are propriile-i legi."

Iată ce spuneam în prima noastră expunere despre schizofrenie, așa cum o concepe Bleuler:

Numim gândirea care nu mai caută să se adapteze la realitate și care, dimpotrivă, se deturnează de la aceasta gândire autistă (*autistiches Denken*); îi opunem forma obișnuită a gândirii, gândirea „realistă" (*realitisches Denken*) care, dimpotrivă, este întotdeauna determinată de exigențele realității și caută de aceea să atingă, în final, maximum de valoare pragmatică. Procedeele gândirii autiste sunt, evident, cu totul diferite de acelea ale gândirii realiste. Gândirea autistă nu mai caută nici să fie comunicată celorlalți într-un mod inteligibil, nici să dirijeze conduita conform exigențelor realității; ea nu se mai folosește de cuvânt într-un mod inteligibil. Nu are decât o importanță subiectivă; nu-i servește decât individului și numai în măsura în care nu are în vedere realitatea; deci poate face uz în mod liber de semne și de procedee speciale, care o pot face mai rapidă, mai comodă, în general mai adecvată caracteristicilor complexelor pe care le exprimă. Poate că este util să amintim aici micile artificii mnemotehnice de care ne servim adesea ca să ne înlesnim memoria; formula mnemotehnică este prin ea însăși cu totul incomprehensibilă pentru ceilalți atâta vreme cât nu le-am dezvăluit cheia; ea nu are decât o valoare subiectivă. Această

comparație, de altfel, este destul de aproximativă și nu epuizează gândirea autistă în calitatea ei de manifestare morbidă; motivul este simplu; formula sau tabloul mnemotehnic este întotdeauna raportat la gândirea explicită pe care o înlocuiește și urmărește deci întotdeauna un scop practic, pe când gândirea autistă a schizofrenicilor nu urmărește nici un scop real; ea este guvernată de factori care conțin nucleul profund al psihismului lor și care poate să nu mai fie raportat de individ la nici o idee realistă; ea intră în acest caz în joc ca atare.

„Eu sunt cheia principală" este un nonsens din punctul de vedere al gândirii realiste; în domeniul gândirii autiste această propoziție poate avea foarte bine următoarea semnificație: cheia principală deschide toate ușile azilului; aș dori să părăsesc azilul; ca s-o pot face mi-ar trebui cheia principală. În mod concentrat și sub formă de afirmație categorică sunt astfel exprimate o dorință și condițiile necesare realizării ei. Dar „dorința" și „condiția" își păstrează tenta lor specială doar acolo unde pot fi opuse realității; dimpotrivă, acolo unde acest criteriu lipsește, ele se află pe același plan cu aceasta; condiționalul nu mai are rațiune de a fi și poate fi, fără inconvenient, înlocuit cu afirmația citată mai sus.

„Eu sunt Elveția" este o propoziție de neînțeles pentru noi; pentru gândirea autistă ea poate avea foarte bine următoarea semnificație: Elveția este simbolul libertății, eu aș dori să fiu liber. Simbolul este deci pus în locul a ceea ce el trebuie să simbolizeze; dar simbolul nu este simbol decât în raport cu realitatea; pentru gândirea care nu o are în vedere, deosebirea dintre simbol și ceea ce el simbolizează se șterge, nemaiavând nici o rațiune de a fi.

Nu vom mai fi surprinși de faptul că un fragment de gândire ar putea înlocui expresia explicită a acesteia, aceste fragmente formând astfel o succesiune de frânturi al căror sens ne scapă și care sunt asociate unele cu altele prin legături invizibile în primul rând pentru gândirea realistă.

Nu ar trebui să ne mire nici faptul că neologismele nu sunt în toate cazurile nimic altceva decât „neologisme"; uneori devine posibil ca ele să fie raportate la forma explicită și corespunzătoare a gândirii realiste. O pacientă a lui Jung spunea „politehnică dublă" spre a desemna, cum a demonstrat analiza, ansamblul de

calități pe care și-l atribuia, precum și avantajele pe care acele calități ar fi trebuit să i le asigure în viață. Bolnavii reușesc în felul acesta să-și constituie un întreg limbaj privat[8].

Gândirea autistă se poate servi și de analogii, chiar vagi și îndepărtate, spre a pune un obiect în locul altuia. O bolnavă, care a avut odinioară gâlcevi sentimentale cu un dirijor de orchestră, va face o scenă altui dirijor de orchestră pe care nici măcar nu-l cunoștea.

Această gândire va reuni de asemenea, fără inconveniente, în același obiect, în aceeași persoană sau în aceeași scenă, trăsături ce aparțin în realitate unor obiecte, persoane și evenimente diferite; acest procedeu nu este decât una din formele travaliului de condensare (*Verdichtung*), pe care îl întâlnim foarte adesea în acest domeniu.

Regăsim deci aici aceleași mecanisme pe care le găsim și în vise.

Faptul că la unul și același individ schizofrenic pot exista unele lângă altele manifestări ale gândirii realiste și ale gândirii autiste nu diminuează cu nimic importanța a ceea ce am spus despre cea din urmă.

Lucrurile par clare. Bleuler totuși se plânge, în a sa *Psychologie*[9], publicată în 1921, că nu a fost înțeles de unii și chiar propune înlocuirea expresiei „*autistiches Denken*", care se părea că este foarte bine aleasă, cu expresia „*dereirendes Denker*", „*dereirend*" venind de la latinescul *reor, ratus sum (ratio, res, real)* și voind să însemne gândire „care nu ține seama de realitate sau deviază de la ea".

De unde vine totuși această interpretare eronată, pe care Bleuler crede că o poate risipi prin alegerea unei alte expresii? Vom încerca să răspundem la această întrebare în paragraful care urmează.

B. Reveria și ciclul elanului personal ca prototipuri, în viața normală, ale pierderii contactului vital cu realitatea. Tulburări schizofrenice ale activității personale. Autism bogat și autism sărac

Să aruncăm o privire îndărăt, asupra descrierii autismului, precum și asupra exemplelor ilustrative. Nu ne este greu să descoperim aici predominanța următoarelor elemente: individul se detașează de realitate și se închide în sine sau mai degrabă se

concentrează asupra complexelor pe care le poartă în el și care îl absorb cu totul; el dă în felul acesta preferință lumii sale imaginare, în detrimentul realității, traducând în exterior această stare de lucruri, mai ales în cazurile grave, printr-o atitudine ostilă sau mai degrabă prin pasivitate și imobilitate în raport cu lumea înconjurătoare.

Bleuler, în a sa *Psychologie*, deși caută să clarifice noțiunea de autism și se plânge că nu a fost înțeles, dă noi exemple care, în fond, sunt întru totul conforme tabloului pe care tocmai l-am retrasat. „Copiii, iar uneori și adulții se văd, în reveria lor în stare de veghe, eroi, inventatori sau oameni de renume mondial. În timpul somnului, în vise, putem realiza dorințele cele mai neverosimile. La fel, salahorul atins de schizofrenie se însoară, în halucinațiile sale, cu o prințesă." „Dezvoltată în întregime, *«dereirendes Denken»* pare absolut diferită de gândirea empirică. În realitate, găsim aici toate gradele, de la o îndepărtare insignifiantă a asociațiilor dobândite, cum se întâmplă în fiecare judecată prin analogie, până la o înflorire a *imaginației*, care nu mai cunoaște limite."

Astfel, autismul devine și rămâne sinonimul *interiorizării*, iar fenomenele visului și reveriei servesc de prototipuri, luate din viața normală, spre a face mai clar modul de a fi al schizofrenicilor. Această apropiere se explică de altfel și din punct de vedere istoric, întrucât ideile lui Freud, emise tocmai cu ocazia analizei viselor, au constituit punctul de plecare al cercetărilor de psihologie a schizofrenicilor.

Jung, îndeosebi, în studiile sale a opus *introversiunea* și *extraversiunea*, cea dintâi corespunzând mecanismului esențial al schizofreniei, iar cea de a doua apropiindu-se mai mult de felul de a fi al maniacilor-depresivi. Schizofrenia a fost comparată cu un vis în stare de veghe. Acest mod de a vedea a fost menținut timp îndelungat, iar distincția a două tipuri diferite, introvertiți și extravertiți, părea să explice cât se poate de bine predispoziția pentru cele două mari grupe de tulburări mentale.

Noțiunea de complex este în același timp la apogeul ei. Toate manifestările, fără excepție, întreaga viață a schizofrenicilor pare a fi guvernată de lumea lor interioară, de complexele lor, de travaliul lor imaginar. Acestea, sustrăgându-i din ce în ce mai mult pe acești bolnavi realității, se exprimă prin reacții bizare, contradictorii și

incomprehensibile, pe care noi le constatăm la ei, examinându-i din afară. Spre a face această stare de lucruri mai clară, în primul meu studiu cu privire la schizofrenie m-am folosit de o imagine; spuneam că putem admite, în psihismul schizofrenicilor, un *nucleu profund*, format din dorințe și temeri, și un *strat superficial* care, fiind situat între acesta și realitate, devine sediul manifestărilor schizofrenice, instabile, discordante și decepționante în iregularitatea lor, dar reductibile la elementele nucleului profund. Kretschmer spune și el că schizofrenicii au o *suprafață* și un *fond*.

Cu timpul, însă, modul de a vedea pe care l-am expus s-a arătat prea unilateral, prezentând grave inconveniente. El duce ușor la ideea că schizofrenicii fug *în mod voluntar* de lume, concepție mai mult literară decât clinică, deoarece, în realitate, avem de-a face cu bolnavi care sunt bolnavi pentru că nu pot fi altfel. Respectivul mod de a vedea nu ține seama decât de un singur aspect al problemei. În realitate, schizofrenicii sunt departe de a fi cu toții ființe pasive, închise în sine, cufundate în reveria lor în stare de veghe. Ei de asemenea *acționează*, iar această activitate poartă o amprentă profund morbidă, fără a fi posibil și nici chiar necesar să vedem aici întotdeauna expresia unor complexe ascunse. Această activitate și numai ea este aceea care exprimă tulburarea schizofrenică și permite punerea diagnosticului, aceasta cu atât mai mult cu cât, așa cum spuneam mai sus, noțiunile noastre clinice trebuie să vizeze mai înainte de toate nu factorii psihismului rămași intacți, ci deficitul specific în prezența căruia ne găsim.

A insista asupra luării în considerare a activității schizofrenicilor este, în fond, a dezvolta un truism. În realitate nimeni n-a contestat-o. Observațiile lui Bleuler abundă în exemple de genul acesta. Cu toate acestea, în interpretările teoretice această latură a problemei a fost neglijată, asimilându-se de la bun început orice schizofrenie cu pasivitatea, cu interiorizarea, cu reveria. Astăzi, tendința de a schimba tactica, dacă putem spune așa, se manifestă tot mai clar. Asistăm, în consecință, la o etapă nouă a evoluției noțiunii de schizofrenie, evoluție atât de fecundă și în anii anteriori. Vom căuta să scoatem în evidență această etapă în paginile ce urmează.

Să recitim exemplele pe care le-am dat atunci când, în primul capitol, am vorbit despre schizofrenie. Nu ne va fi greu să

constatăm că modul de a interpreta schizofrenia, admis până în prezent, nu poate epuiza problema. Găsim printre schizoizi atât introvertiți, cât și extravertiți, atât oameni activi, cât și visători, atât oameni tenaci, cât și nevolnici. Cu toate acestea ei toți au, în raporturile cu ambianța, o trăsătură comună și toți aparțin, fără excepție, marii familii a schizoizilor.

Să mai cităm un exemplu. Într-un mic apartament, mobilat foarte modest, trăiește strâmtorată familia unui slujbaș. Veniturile tatălui abia dacă ajung pentru nevoile de zi cu zi. Într-o zi mama spune că ar dori un pian, spre a le da copiilor posibilitatea de a continua lecțiile de muzică luate altădată, când situația familiei era mai bună. Tatăl încearcă să o facă să-și schimbe intenția, aducând argumente valabile: bugetul său nu-i permite nici măcar să viseze la așa ceva. Se pricepe la croitorie, găsește de lucru și lucrează până și nopțile. Nu-i mai vorbește soțului de dorința ei, dar într-o zi acesta, întorcându-se de la birou, are surpriza de a găsi în casă un pian nou-nouț. El contrastează cu restul mobilierului, contrastează cu întreaga viață a familiei, stă acolo ca un corp străin, ca un lucru mort, lipsit de perspectivă. Îi servește mai ales fiului mai mare, care tocmai trecuse printr-un acces grav de schizofrenie. Ce-i drept, el nu este lipsit de talent muzical, dar acum simte nevoia de a cânta la pian noaptea târziu și provoacă astfel nemulțumirea vecinilor.

Pentru oricine este familiarizat cu aceste probleme nu poate exista nici cea mai mică îndoială că avem de-a face aici cu o manifestare schizoidă. Cumpărarea pianului, făcută în aceste condiții, proiectează o lumină vie asupra întregului comportament al personalității în raport cu ambianța. Totuși, nu ar putea fi aici vorba de interiorizare. Nevasta slujbașului nostru nu se mulțumește să-și imagineze că are un pian, așezat într-un frumos apartament, unde ea primește prinți și miniștri. Ea nu execută nici mișcări stereotipe, asemănătoare celor pe care le faci cântând la pian. Nu credem însă că dorința sa trebuie să aibă necesarmente o importanță simbolică și să fie motivată de un complex, de exemplu de un sentiment, refulat odinioară, față de un profesor de muzică. Acest lucru este posibil, dar nu este necesar pentru interpretarea comportamentului particular descris. Ea ar dori să aibă un pian și n-am putea găsi nimic incomprehensibil în această dorință, și nici ceva morbid. Aproape

că ne vine s-o felicităm pentru tenacitatea ei. Cu toate acestea, parcă i-ar lipsi ceva esențial: viața. Pianul este o adevărată cazna în condițiile date; în maiestatea sa orgolioasă, el aruncă o notă discordantă în interiorul modest în care a fost plasat, iar actul îndeplinit cu atâta perseverență nu are perspectivă, se pierde într-o rigiditate oarbă, excesivă.

Bolnavul pe care l-am descris în capitolul precedent, când am vorbit de raționalismul morbid, decide la un moment dat să protesteze contra condamnării la moarte, în America, a doi anarhiști, condamnare care a făcut multă zarvă în acel timp și a determinat proteste colective, în favoarea achitării celor doi condamnați[10]. Bolnavul nostru scrie o scrisoare de protest semnată cu numele său, un ilustru necunoscut și, în pofida serviciului de ordine, reușește să pătrundă în Ambasada SUA, unde declară că vrea să-i dea ambasadorului scrisoarea. Este absolut surprins când, în urma acestui demers, se vede condus la comisariatul de poliție, pentru ca apoi să primească un blam din partea superiorilor săi.

Dorința institutorului nostru nu are în sine nimic morbid. Ba chiar el este, dintr-un anumit punct de vedere, în comuniune de idei cu o mare parte a societății. Această dorință conduce totuși la un act care se situează cu totul în afara realității, act care este cât se poate de „autist".

Un tânăr inginer, absolvent al Școlii Centrale, este concediat pentru că a făcut erori în calcule și desene. După câteva zadarnice tentative de a lucra în meserie, el intră ca simplu „scrib" la o companie de asigurări. Dar și aici are rezultate dezastruoase: întocmește chitanțe eronate. Revenind în casa părinților săi, are loc o decădere rapidă și profundă, tânărul cufundându-se în inactivitate și într-o indiferență totală. Dezolați, părinții îl îndeamnă să-și caute o ocupație. În aceeași zi el face 150 de cereri de angajare și le trimite la adrese diferite, fără a se preocupa de faptul dacă demersul său are cele mai mici șanse de izbândă. Într-o altă zi, fără a le spune nimic părinților, pleacă la Paris ca să caute de lucru; face pe jos, în două zile, cei 80 km până în capitală și ajunge aici într-o stare atât de jalnică, încât este arestat pentru vagabondaj și petrece mai multe zile în închisoare, până se lămuresc lucrurile.

Pus astfel în mișcare de o idee (nu îndrăznim să spunem de o dorință) realistă, actul însuși se dovedește, în ceea ce privește realizarea sa, cât se poate de autist și schizofrenic.

Își face în felul acesta loc ideea că afectivitatea și gândirea autiste nu pot epuiza ele singure noțiunea de autism. Există și o activitate autistă; o activitate *originar* autistă și care, poate, constituie cheia de boltă a întregii schizofrenii. Din cauză că a fost neglijată, a existat înclinația de a se identifica autismul cu interiorizarea, cu stările pasive de reverie, cu o absorbție a personalității de către viața interioară, făcută din complexe și din factori imaginari. Spre a se restabili echilibrul, este cazul să ne bazăm mai mult pe un alt aspect al lucrurilor și să dăm activității autiste locul care îi revine în ansamblul concepțiilor noastre asupra schizoidiei și schizofreniei. Combinarea noțiunilor de complex și de autism, determinată de originea lor comună, ni se pare acum mai mult sau mai puțin contingentă. Putem scinda aceste noțiuni, urmând ca apoi să studiem raporturile lor reciproce.

Vom încerca să o facem, invocând din nou noțiunile de dezvoltare a personalității și de contact vital cu realitatea.

Ni se pare totuși util să arătăm în prealabil cauzele acestei interpretări unilaterale a autismului, mereu repetată. Credem că putem incrimina aici influența exercitată asupra noastră, în nenumărate circumstanțe, de concepția *fiziologică* cu privire la personalitatea umană. Ca linie de demarcație între „Eu" și lumea ambiantă este luată suprafața corpului. Autismul, definit ca pierdere a contactului cu realitatea, nu s-ar putea produce, ca să zicem așa, decât pe această linie. De aici ideea cu totul naturală, pare-se, că individul, pierzând contactul respectiv, trebuie să se închidă în sine atât din punct de vedere fiziologic, cât și psihologic, adică să adopte o atitudine pasivă și imobilă, ba chiar să-și pună, în măsura posibilului, simțurile la adăpost de excitanții care vin din afară, trăind exclusiv o viață interioară.

Dar noțiunea de contact vital cu realitatea – iar aici este cazul să subliniem în mod cu totul deosebit cuvântul „vital" – nu are nimic de-a face cu fiziologia. Nici orbii, nici surdo-muții și nici paraliticii total nu pierd acest contact. Dimpotrivă, schizofrenicii îl pierd, fără a prezenta nici cea mai mică tulburare a sensiblității sau motricității.

Trebuie deci să fie vorba de cu totul altceva. Iar dacă unii schizofrenici transcriu, ca să zicem așa, această pierdere de contact în limbajul fiziologic, reducându-și la minimum mișcările și percepțiile, adoptând, într-un cuvânt, o atitudine de pasivitate care le permite o mai mare absorbție în lumea lor interioară, lucrul acesta, evident, nu trebuie considerat în mod necesar drept singurul mod de expresie al tulburării schizofrenice.

Personalitatea umană se poate manifesta de la bun început drept schizofrenică și prin activitatea sa, așa cum am și văzut. Dar în acest caz lucrurile își schimbă aspectul. Omul care acționează tinde spre un scop care prin însăși natura lucrurilor se găsește întotdeauna în afara lui, întrucât prin opera produsă omul își depășește întotdeauna Eul. El decupează în felul acesta, dacă ne putem exprima astfel, o bucată din lumea ambiantă, asociind-o strâns persoanei sale. În măsura în care el își fixează un scop, acesta face una cu dânsul, precum și cu toate forțele exterioare pe care el le pune în mișcare ca să-l atingă. Aici linia de demarcație dintre „Eu“ și „non-Eu“ nu mai este suprafața corpului, ci trece în afara acesteia. (Să mi se ierte acest limbaj spațial, care nu poate reda decât cu totul imperfect relațiile care intră aici în joc.) Această linie poate însă deveni și ea rigidă, opacă și impenetrabilă, putându-se transforma într-o veritabilă carapace. Tocmai în acest caz se produce pierderea de contact vital cu realitatea. Această pierdere se va prezenta, la un examen superficial, cu totul în alt mod decât cea studiată de noi la individul pasiv. Dar tulburarea este, în fond, aceeași în ambele cazuri. Nu există deci nici un motiv să le separăm. „Realitate“ este departe de a fi sinonim al „lumii exterioare“ și deci pare eronat să vrem să asimilăm cu orice preț pierderea contactului cu realitatea și interiorizarea.

În timp ce eu bat un cui într-o scândură cu ciocanul, fac una cu aceste obiecte. Lumea ambiantă nu începe decât mai departe. Dacă bat acest cui din pura plăcere de a-l bate și nu ca să agăț de el un tablou pe care după aceea l-aș putea privi, dacă îmi continui treaba în ciuda faptului că mi s-a dat de știre că tabloul pe care voiam să-l agăț acolo a fost distrus sau că cuiul este pe cale de a deteriora în mod serios zidul, dacă o fac acum exclusiv spre a duce la îndeplinire cu orice preț decizia luată, dacă, în sfârșit, nu-mi întrerup treaba,

deși îmi aud fiul strigând după ajutor în camera vecină, în toate aceste cazuri aș merita cel puțin numele de schizoid.

Să ne imaginăm acum o altă scenă. Așezat în fotoliul meu, cu ochii închiși, sunt cufundat în reflecțiile mele asupra schizofreniei și îmi și văd lucrările întâmpinate de o aprobare unanimă. În acel moment soția îmi aduce un ciocan, cerându-mi să întăresc un cui clătinător din perete, fără de care tabloul suspendat acolo ar risca să cadă în capul copiilor. Evident, de data aceasta eu aș înregistra ciocanul ca pe un corp străin, ca pe un apel venit din lumea ambiantă. Dacă nu reacționez cum se cuvine, mă pot aștepta ca soția mea, pe bună dreptate de altfel, să mă trateze de schizoid.

În ambele situații avem de-a face, în fond, cu o deficiență de natură identică. Traducem această deficiență, cum nu se poate mai bine, prin noțiunea de pierdere sau de insuficiență a contactului vital cu realitatea. Deosebirea vine exclusiv de la faptul că, în prima situație, avem de-a face cu un om în acțiune și cu relații cu ambianța determinate tocmai de activitate, pe când în cel de al doilea caz avem în fața noastră un om pasiv în exterior, cufundat în reflecțiile sale. Acesta din urmă pare, evident, să aibă momentan o viață interioară mai intensă, dar, în fond, comportamentul lor față de ambianță este același. Unul este absorbit de reveria sa științifică, celălalt de acțiune; atât unul cât și celălalt uită restul lumii.

Acest exemplu, evident, nu este decât o imagine. El poate totuși servi de introducere la o examinare mai din aproape a problemei. Devine din nou necesară o incursiune în domeniul psihologiei normale.

Stările pasive de interiorizare, de vis sau de reverie nu epuizează autismul. Activitatea autistă cere o cercetare specială. În acest scop este necesar să spunem ce înțelegem noi prin „activitate". Pentru a o studia, desigur, nu vom lua ca punct de plecare noțiunea de mișcare voluntară. Această noțiune, una din bazele capitolului fiziologiei motricității, este în fond un produs al abstractizării, elaborat în scopurile acestei științe și numai ale ei. Mișcarea voluntară reprezintă ceea ce rămâne din activitatea noastră după ce am amputat-o de ceea ce este mai esențial în ea, adică de dezvoltarea sa continuă și de scopurile pe care ea nu ostenește să și le fixeze în

mod succesiv, în afara noastră. Niciodată, în viață, noi nu am dorit un lucru atât de inutil ca ridicarea piciorului sau îndoirea brațului.

Nu se poate pune pentru noi nici problema studierii actelor de voință izolate și nici a voinței, așa cum sunt concepute aceste fenomene în psihologia tradițională. Oare nu am văzut mai sus, la soția slujbașului, că un „exces de voință" poate avea prin el însuși un caracter schizoid? Ceea ce ne interesează aici în primul rând este modul în care scopurile și actele se înlănțuie și se asociază unele cu altele, modul în care ele se exteriorizează și se adaptează la mișcarea ambiantă, oportunitatea lor, gradul de maleabilitate în momentul execuției etc. Într-un cuvânt, se va impune să luăm drept obiect de studiu întreaga personalitate umană, în dinamismul ei viu.

Ni se pare util să introducem, în acest scop, noțiunea de *ciclu al activității personale*. Iată ce avem în vedere. Vorbind despre sintonie, am arătat cât de capabili suntem de a ne penetra de evenimentele ambiante, de a ne confunda cu ele, de a vibra la unison sub influența lor. Acesta nu este, totuși, decât un singur aspect al vieții, neepuizând-o nicidecum. Pe acest fond de armonie se înalță și se profilează tot mai clar elanul personal (*l'élan personnel*). O ruptură se produce între noi și lume; nu mai vrem doar să ne confundăm cu ea și încă și mai puțin să i ne adaptăm, ci vrem să ne afirmăm personalitatea, să ne exteriorizăm Eul cel mai intim, să lăsăm o amprentă personală pe devenire, să impunem Eul nostru lumii infinite, să producem ceva nou, să creăm. Ne opunem în felul acesta lumii și simțim că dispare contactul cu ea. Cu cât elanul este mai violent și mai personal, cu atât mai mare este opoziția dintre eu și ambianță.

Am spune că se include aici un factor de schizoidie. Această opoziție cunoaște, totuși, limite. Elanul tinde la operă (în sensul cel mai larg al cuvântului), iar aceasta, oricât de revoluționară ar părea, cu condiția de a avea o oarecare valoare, se adresează întotdeauna cuiva și tinde să se integreze în realitate. Detașându-se de noi, opera poate produce o perturbație mai mult sau mai puțin profundă în devenirea ambiantă; echilibrul, însă, se restabilește, iar devenirea continuă să ruleze valuri puternice, ca în trecut. Există *limite* pe care elanul personal nu le depășește niciodată; acolo unde vocea elanului personal devine prea puternică și este luată *ad litteram*,

acolo unde, într-un cuvânt, se vrea crearea a ceva *absolut* personal și nimic altceva, opera nu devine tot mai revoluționară sau tot mai originală, ci se degradează, și în acest caz nu este decât gestul unui sărman detractat sau al unui bolnav; viața trece pe lângă ea, fără a-i da măcar atenție. Dar ce inteligență este suficient de puternică spre a putea da o formulă exactă acestor limite la care ne referim? Ele scapă gândirii discursive; intuiția (sintonia) este aceea care ne ghidează în viață din acest punct de vedere.

Aceasta nu este însă totul. De îndată ce opera este realizată, are loc o destindere, ruperea contactului cu realitatea dispare și din nou simțim trebuința de a ne confunda cu aceasta, de a o penetra, de a extrage din ea forțe noi. Ne acordăm un moment de *repaus*, repaus care nu este nici lipsă de ocupație, nici întrerupere pasageră a lucrului, recomandată de igiena mentală, ci dimpotrivă, este bogată în conținut viu; ne lasăm legănați de valurile devenirii, ne regenerăm la sursele sale vii, gustăm senzația sublimă de a fi una cu ea. Apoi elanul personal se trezește din nou, retopește în creuzetul său elementele extrase din realitate, se ridică deasupra acesteia și caută apoi să i se reintegreze, producând o nouă operă. Ciclul reîncepe și se repetă mereu, atâta timp cât în noi mai palpită un suflu de viață spirituală. Căci vrem să ajungem mereu mai departe, chiar dincolo de moarte. Opera realizată nu are valoare, în devenirea noastră personală, decât doar în măsura în care pregătește opera viitoare, pe care o sperăm superioară.

Ciclul elanului personal pune probleme mult mai complexe, în raport cu psihopatologia schizofreniei, decât visul și reveria. O dată întrevăzută, însă, problema n-ar mai putea fi eludată, fiind de altfel extrem de ispititoare. Fără a avea deloc pretenția de a o rezolva aici, ne vom mulțumi pur și simplu să o amorsăm.

Continuitatea dinamică a devenirii ambiante nu încetează să scalde din toate părțile elanul personal, în diversele stadii ale ciclului său evolutiv. Trecând peste opoziția funciară dintre „Eu" și devenirea ambiantă, ea face una cu aceasta. De aceea în el totul este continuitate, mobilitate, relativitate, viață, progres.

Ruptura, însă, se poate produce tocmai în acest contact strâns cu devenirea ambiantă. Pot lipsi factorii de sintonie, ceea ce va avea

drept consecință degradarea schizofrenică a activității subiectului, în diferitele sale forme.

Această problemă nu ne este, de altfel, total străină. Să recitim paginile referitoare la raționalismul morbid și vom regăsi, în germene, problema care ne preocupă. Institutorul din exemplul analizat de noi vrea să producă o operă personală, dar el ia *ad litteram* opoziția ce există în orice elan personal între Eu și non-Eu. El o *raționalizează*. Ca să nu-și deformeze gândirea, el nu mai citește și evită orice contact cu semenii. Rezultatul reflecțiilor sale este o teorie care face ca spiritul să fie efectul acțiunii acizilor asupra terminațiilor nervoase, teorie lipsită de sens și de importanță pragmatică.

În paginile precedente am dat și alte exemple și este timpul să vedem dacă nu putem pune puțină ordine în acest domeniu.

În cazuri ca acela al nevestei slujbașului, am putea vorbi cu îndreptățire de *act lipsit de perspectivă (acte sans lendemain)*. Aici scopul fixat obstruează orizontul și, în pofida energiei cheltuite, se stinge din cauza imobilității excesive. Orice scop, în viață, nu are pentru noi decât o valoare relativă, nu este decât o etapă, o treaptă peste care întotdeauna privim mai departe. A bate un cui în perete doar din plăcerea de a-l bate și fără a te gândi la tabloul care ar putea fi agățat acolo reprezintă o degradare profundă a activității personale.

Unul dintre amicii noștri schizoizi, despre care am vorbit în primul capitol, ne-a spus într-o zi: „Când am luat o decizie trebuie s-o pun în aplicare mort-copt, chiar dacă în cursul executării observ că nu fac ceea ce trebuie și că voi avea de îndurat necazuri de pe urma acestui lucru. Trebuie însă să fac ce-am decis." Într-un mod analog se exprima un schizofrenic: „Când vreau ceva, nici dracul nu-mi stă în cale: pot păși pe cadavre." În acest caz individul rămâne fixat la scop, se izolează de realitatea ambiantă, în cursul executării actului rămâne surd la apelurile realității. Actul și-a pierdut maleabilitatea, relativitatea, vitalitatea naturală, a căpătat o valoare *absolută* și l-a făcut pe individ orb și paralizat. Acela care în timp ce bate un cui în perete, chiar dacă o face spre a agăța acolo un tablou, se identifică în așa măsură cu această treabă încât nu reacționează la strigătul de ajutor al copilului din camera vecină,

ori continuă lucrul în ciuda faptului că i se spune că acel cui este pe cale să aducă stricăciuni serioase zidului, nu este în mod sigur scutit de factori autiști. Lumea ambiantă, cu necesitatea pe care o implică, de a ierarhiza în permanență faptele noi, a dispărut: ne găsim în fața unui *act stereotip.*

Institutorul nostru simte trebuința de a protesta contra condamnării comuniștilor, cum au făcut atâția alții. Inginerul cedează la stăruințele părinților săi și se apucă să caute de lucru. Dar nici unul și nici altul nu trăiesc necesitatea de a alege mijloacele în stare să integreze actul în realitate, să-l ridice deasupra valorii pur autiste și de a-i conferi o importanță realistă. Ei ajung, în consecință, la rezultate monstruoase. Avem de-a face aici cu *acte scurtcircuitate* (Kretschmer) sau cu *acte care nu-și ating ținta (actes a côté).*

Unul dintre bolnavii noștri, descriindu-și viața, ne-a spus: „Am avut mereu gust literar. Ba chiar am încercat să scriu și am publicat câteva studii literare. Apoi am renunțat să-mi public scrierile. Scriam pentru mine. Poate că aș fi renunțat și la scris, dar ideea nefixată pe hârtie devine lesne fum și ne scapă." O bolnavă spunea: „Am de făcut niște cumpărături, trec prin fața magazinului respectiv, știu bine ce am de făcut, însă nu intru în magazin, căci nimic nu mă îmboldește s-o fac." În acest caz avem de-a face cu acte care se opresc la jumătatea drumului, care nu mai caută să se concretizeze, *să se realizeze.*

Subdiviziunile stabilite de noi mai sus nu au, evident, decât o valoare cu totul relativă. Un act stereotip, ca și un act scurtcircuitat, sunt condamnate să rămână fără perspectivă. Invers, un act lipsit de perspectivă este întotdeauna mai mult sau mai puțin stereotip și imobil. Am ținut să notăm pe scurt aceste varietăți pentru a arăta că activitatea personală, învăluită din toate părțile de devenirea ambiantă, se poate resimți de pe urma deteriorării contactului cu realitatea în cursul diverselor faze ale realizării acestuia. Dar ceea ce ne interesează aici în primul rând este să facem să reiasă, dincolo de aceste deosebiri de nuanță, caracterul esențial al degradării pe care o suferă activitatea personală privată de contactul normal cu realitatea, spre a dovedi din nou că studiul autismului, până în prezent în mod prea facil asimilat cu interiorizarea, trebuie

completat în mod necesar cu un capitol care să trateze despre *activitatea autistă*.

Punctul de vedere adoptat ne permite, de altfel, să relevăm și alte particularități ale comportamentului schizofrenic.

Schizofrenicii și schizoizii nu știu foarte adesea ce este repausul, așa cum l-am definit mai sus. Acest element al vieții pare să nu existe în psihismul lor. Nu este el și expresia sintoniei pure? Nu constituie el un dat particular, care permite confundarea cu universul, într-o atmosferă de acalmie și de armonie totală, subiectul găsind aici o sursă de bucurii, pasagere, e drept, dar extrem de profunde? Schizofrenicul nu posedă simțul necesar gustării acestei detensionări. El sau nu face nimic, caz în care realmente nu face nimic: în el este gol, un gol rece și lugubru, situație aflată la polul opus al repausului; sau se imobilizează pe o idee, pe un tablou al imaginației sale, pe un gest pe care îl repetă la infinit; sau, în sfârșit, aspect care ne interesează în mod cu totul deosebit aici, fiind lipsit de capacitatea de a aprecia valoarea pozitivă a unui interval liber în timp, va căuta să umple *tot* timpul cu activitatea sa, fără a-și acorda nici o clipă de răgaz, fără a lăsa nici cel mai mic spațiu liber. Cu toate acestea, el nu ne lasă impresia unei activități debordante, ci mai degrabă impresia unei tensiuni extreme și, în același timp, a unei mlaștini stagnante. Institutorul, la care ne-am referit de repetate ori, „își trece *toate* actele și *toate* cuvintele prin sita principiilor. El vrea ca actele sale să fie reglate *minut cu minut* și să aibă spiritul *în permanență* ocupat". În consecință, caută să se dedice *în permanență* unei activități intense. Drept urmare, înainte de a se așeza la masă, stabilește de fiecare dată în prealabil planul ideilor care trebuie să-l ocupe în timp ce mănâncă. Cântărește fiecare cuvânt pe care îl pronunță și nu răspunde la întrebările părinților decât când consideră că este vorba cu adevărat de un lucru important. Împreună cu Rogues de Fursac, am propus denumirea de *egocentrism activ* pentru această tendință de a face din propriul Eu câmpul unei astfel de activități neîntrerupte.

La schizoidul activ vom regăsi, doar la o scară mai mică, aceeași necesitate de a umple tot timpul cu activitatea sa, asociată însă aici foarte adesea cu un randament de înaltă valoare. Sintonul caută repausul pentru că știe să-l guste, chiar și atunci când nu este

realmente obosit; lui îi plac vacanțele. Schizoidul își poate întrerupe lucrul atunci când forțele îl părăsesc, dar, la drept vorbind, el nu se odihnește niciodată; nu știe ce este odihna. Un camarad mi-a spus într-o zi, văzându-mă plecând într-o excursie: „Explică-mi ce plăcere poți avea ducându-te la plimbare; e un lucru pe care nu l-am înțeles niciodată; niciodată n-am avut o asemenea dorință, niciodată n-am simțit nevoia de a mă odihni." Un alt confrate se decide să-și părăsească pentru patru săptămâni serviciul și laboratorul. Are pentru aceasta un motiv serios: voiajul de nuntă. Ca să nu-și risipească cu totul timpul în călătorie, își umple bagajele cu caiete și dosare. Acestea, însă, nu-i rezolvă problema: după opt zile, el se întoarce, declarând că nu poate trăi fără să lucreze.

În sfârșit, uneori, detașat de devenirea ambiantă, elanul personal se oprește și se năruie cu totul: schizofrenicul se cufundă în vid. Inginerul la care ne-am mai referit, după demersurile bizare făcute în scopul găsirii unui loc de muncă, a fost internat într-o casă de sănătate. L-am ținut aici sub observație timp de mai multe luni. Nu am descoperit la el nici halucinații, nici idei delirante și, în pofida examenelor repetate, nici cel mai mic semn de activitate interioară: un tablou terifiant de dezinteres total. Își petrece timpul în camera sa, așezat pe un scaun sau plimbându-se de-a lungul și de-a latul încăperii. Nu-l interesează nimic, nu pune mâna pe ziar, nu-și exprimă nici o dorință, nu inițiază nici un fel de conversație. Ne-ar fi plăcut să găsim la el o scânteie cât de mică de viață, fie și sub un aspect morbid. Zadarnic, n-am dat peste nici o oază în acel deșert, nimic de care să ne fi putut agăța: nimic altceva decât vidul. *Nu face absolut nimic* și trag concluzia că, de asemenea, nu se gândește la nimic. Atitudinea sa rămâne totuși cordială, ținuta îi este îngrijită, nu găsim la el nici negativism, nici ostilitate față de ambianță. Supraveghetoarea care îl vede la orele de masă ne spune despre el: „Tace mâlc, nu mișcă un deget, dar e gentil."

Dacă i se vorbește, răspunde. Asociațiile sale sunt sumare, dar nu se poate spune că gândirea sa este disociată. În spusele sale nu găsim nici o bizarerie de limbaj. Frazele construite sunt corecte. Răspunsurile sunt pertinente. La insistențele noastre, încearcă să-și justifice atitudinea. Cităm dintr-o fișă de observație:

„Găsește că este preferabil să nu întreprindă nimic, deoarece tentativele făcute în trecut s-au arătat infructuoase. Proba este deci făcută, într-un mod definitiv. Se preocupă, în consecință, mai puțin de viitor decât a făcut-o mai înainte. Încetul cu încetul s-a detașat de toate. Oare nu te poți ocupa de asta *la nesfârșit*, fără să însemne mare lucru? Orice nouă tentativă nu poate fi decât sortită eșecului. Cele întâmplate până acum o dovedesc. Nu mai e deloc indicat să stărui. Din moment ce patronii l-au dat afară, au avut, desigur, bune motive să o facă. Există, de altfel, mulți camarazi și muncitori care, obligați să lucreze opt ore pe zi, adesea în ploaie și vânt, i-ar invidia soarta. Bunicul său nu trăiește ca și dânsul, inactiv, la gura sobei?“

În felul acesta el încearcă să nu vadă întreaga mizerie a vieții sale. Elanul său vital este la pământ, iar această tulburare se reflectă fidel în gândirea sa. Logică în silogismele sale, ea nu urmărește, în fond, decât un scop: să se servească de trecut pentru a nega viitorul. Caută să-și demonstreze că nu mai are nici o perspectivă, nici un viitor. Clădește exclusiv pe experiențele neplăcute din trecut, uită că bunicul său are 80 de ani iar el 28, precum și că acei camarazi ai lui, la care face referire, ar prefera orice muncă vieții pe care o duce el. Căci viața lui e neant.

Cazul ca atare este banal. Dar, oare, nu cazurile cele mai banale sunt și cele mai instructive? Tulburarea activității apare aici cu toată claritatea. Ea domină întreg tabloul clinic și pare să constituie tulburarea primă și esențială a afecțiunii. Elanul personal este paralizat, pare pentru totdeauna frânt. Nici un suflu de viață nu animă această suprafață imobilă. Numai câteodată pare să se iște un val, dar nu-i decât o amăgire, nu-i decât o idee fără viață, care face să tresară motricitatea subiectului și care se istovește într-un act în scurtcircuit, cum am văzut.

Există ceva în spatele acestuia? Probabil. Dar se poate să și nu existe nimic. Vorbind despre schizoizi, Kretschmer ne spune că ei au o suprafață și un fond. El îi compară pe unii dintre ei cu „vilele romane cu obloanele închise în fața soarelui arzător, dar care în interior, în semiîntuneric, freamătă de sărbători și banchete“. Dar tot el ne spune că la alții nu există în spatele acelei „fațade tăcute“ decât „ruine și pulbere“, decât vid monoton, decât suflul glacial al demenței afective.

Tocmai de aceştia din urmă am crezut că este util să ne ocupăm mai îndeaproape în acest paragraf, ei fiind până în prezent oarecum neglijaţi. Sub influenţa exercitată la început de noţiunea atât de captivantă a complexelor, exista tendinţa ca acestea să fie găsite pretutindeni, ca bază a tuturor manifestărilor schizofrenice, fără excepţie, întreaga teorie a acestei maladii fiind clădită pe ele. Cazurile care nu se potriveau cu această concepţie erau cu dragă inimă lăsate de-o parte, drept cazuri prea puţin interesante. Dar orice mare descoperire, după primele momente de entuziasm, ulterior se limitează ea însăşi, făcând loc altor idei, nu mai puţin fecunde. Iată de ce am ţinut să vorbim aici de activitatea *de la bun început* autistă, schiţând câteva dintre caracteristicile ei. În opera magistrală a lui Bleuler, de altfel, vom găsi o multitudine de fapte analoage. Totuşi, poate că Bleuler a neglijat, fără a observa, nu atât în descrierea, cât în definiţia dată autismului, aspectul particular al acestuia, desemnat de noi cu numele de activitate autistă. De aici, probabil, o parte din interpretările greşite de care se plânge el însuşi.

Considerăm că am umplut această lacună demonstrând, în paginile precedente, că, în afară de vis şi reverie, cunoaştem în viaţa normală cel puţin un fenomen susceptibil să servească drept punct de plecare în studierea pierderii contactului cu realitatea: ciclul elanului personal.

Lucrul acesta ne permite să distingem de acum înainte două forme de autism, pe care le desemnăm cu numele de *autism bogat* şi *autism sărac*, expresii sugerate nouă, într-o conversaţie, de domnul D. Santenoise.

Primul are ca prototip visul şi se caracterizează în primul rând prin constituirea unei lumi imaginare. Complexele joacă aici un rol preponderent. Ele determină conţinutul simptomelor (dar nu şi geneza afecţiunii), precum şi variaţiile reacţiilor bolnavului, adesea incomprehensibile pentru noi, atâta timp cât nu-l observăm decât din afară. La aceşti bolnavi găsim adesea, încă de la o vârstă juvenilă, o tendinţă accentuată spre reverie.

Deşi nu toţi oamenii normali sunt imaginativi, ei sunt astfel într-o măsură mai mare sau mai mică. Acelaşi lucru îl putem spune despre bolnavi. A construi o lume imaginară şi a trăi în ea nu este la îndemâna oricui. Nu toţi schizofrenicii întorc spatele realităţii, spre

a căuta un refugiu în castelele iluzorii ale imaginației. Unii, dimpotrivă, par să se consacre unei activități neîntrerupte, făcând-o însă într-un mod profund morbid. Tocmai aici intervine ceea ce am spus mai sus asupra ciclului parcurs de elanul nostru personal. Legăturile insesizabile care atașează acest elan la devenirea ambiantă par acum rupte; este ca un canat de ușă ieșit din balamale; lipsește intuiția, care ne ghidează activitatea și o menține în limite ce n-ar putea fi violate fără sancțiune. Elanul personal apare în acest caz în nuditatea sa înspăimântătoare, schizofrenicul situează actul sau opera sa în lumea ambiantă, fără nici o preocupare pentru exigențele acesteia, ca și cum această lume nici n-ar exista. În pofida acestei activități, sau mai degrabă din cauza ei, vom vorbi din nou, ca și în cazul schizofrenicilor imaginativi, de pierderea contactului cu realitatea. Vom avea însă aici de-a face cu un autism sărac, la fel ca în cazul în care elanul personal se poticnește și se năruie în întregime.

Dacă am fi acum întrebați căruia dintre cele două autisme i-am arăta preferință în punerea la punct a unei concepții unice cu privire la tulburările schizofrenice, am răspunde fără cea mai mică ezitare: autismului sărac. Autismul bogat, lumea imaginară, complexul, toate aceste noțiuni vizează ceea ce încă este normal, viu în personalitatea morbidă și trebuie să apreciem cum se cuvine importanța lor din acest punct de vedere. Ele au bulversat cu totul concepțiile anterioare din psihiatrie, arătându-ne că manifestările incoerente ale alienaților pot avea un conținut psihologic, un sens precis și viu. Totuși, tocmai din această cauză, ele nu pot servi drept bază unei noțiuni clinice, care, vizând o *maladie*, trebuie să se sprijine pe *latura deficitară* a personalității vătămate. Este latura pe care ea trebuie s-o precizeze în primul rând.

Autismul sărac ne reliefează tulburarea schizofrenică în stare pură, ca să zicem așa. Tocmai de aceea îi dăm preferință, chiar dacă va trebui să cercetăm apoi forțele vii pe care el le menține intacte în psihismul vătămat și care, puse în mișcare de mecanismele de compensație, se hipertrofiază excesiv, căutând să umple gaura făcută de tulburarea primitivă. Dar chiar de la „gaură" trebuie să pornim, dacă vrem să vorbim de boală. Schizofrenicul visător nu este nici el schizofrenic pentru că este visător, ci este în primul rând

schizofrenic și doar după aceea visător. Căci nu există reverie morbidă propriu-zisă și nici nu poate exista; nu există decât elemente de reverie mai mult sau mai puțin modificată, mai mult sau mai puțin alterată, care persistă într-o personalitate morbidă. Despre aceasta, însă, în capitolul următor.

NOTE

[1] Titlul original al scrierii lui C.G. Jung: *Über die Psychologie der Dementia praecox*. (Nota trad.)

[2] A se vedea Sigmund Freud, Opere II, *Interpretarea viselor*, traducere, preambul la versiunea în limba română și note de dr. Leonard Gavriliu, Editura Științifică, București, 1993. (Nota trad.)

[3] În a sa „Observație preliminară" la *Interpretarea viselor*, Freud ține să sublinieze că „acela care nu este în stare să explice geneza imaginilor și întâmplărilor din vise zadarnic își va da osteneala să înțeleagă fobiile, ideile fixe, ideile pe care se axează delirurile, după cum, probabil, degeaba se va strădui să exercite asupra acestora o influență terapeutică" (*op. cit.*, p. 12). (Nota trad.)

[4] Găsim un istoric al problemelor care ne interesează în S. Freud, „La science des rêves", traduit sur la 7e édition allemande par I. Meyerson, Félix Alcan, Paris, precum și în „La psychologie du rêve dans la tradition française" de R. de Saussure, în unul din capitolele volumului *Le rêve et la psychanalyse*, de R. Laforgue, Maloine, Paris, 1926.

[5] E. Minkowski, „Recherches sur le rôle des complexes dans les manifestations morbides des aliénés", *Encéphale*, avril et mai 1922.

[6] Wilmanns, „Die Schizophrenie", *Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. 78.

[7] Este interesant să ne reamintim aici cele spuse de Kretschmer despre polul anestezic și polul hiperestezic ale afectivității schizoidului (a se vedea capitolul I, p. 25).

[8] M. Cenac, „De certains langages crées par des aliénés", Thèse de Paris, 1925.

[9] E. Bleuler, *Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens*, Julius Springer, Berlin, 1921.

[10] Este vorba de Nicola Sacco și Bartolomeo Vanzetti, lideri sindicali condamnați la moarte pe scaunul electric. În 1977, la 50 de ani de la execuție, au fost reabilitați de către autoritățile statului Massachusetts. (Nota trad.)

Capitolul IV

ATITUDINI SCHIZOFRENICE. STEREOTIPII PSIHICE

A. *Reveria morbidă*

Atunci când, în cursul acestor ani din urmă, în Franța a început să se arate interes pentru ideile lui Bleuler, doi factori au determinat direcția în care s-au angajat în primul rând aceste lucrări. Este vorba de noțiunea de contact vital cu realitatea, asupra căreia am stăruit, și de interpretarea unilaterală dată acestei noțiuni, ca interiorizare sau închidere în sine a ființei pasive, care renunță la orice activitate. Mecanismul reveriei, normal sau patologic, a fost în modul cel mai firesc chemat să devină, în aceste condiții, punctul de plecare al cercetărilor cu privire la schizofrenie și schizoidie.

Heuyer și Borel au prezentat, în 1922, la Societatea de Psihiatrie, cazul unui bolnav sub titlul „Delir și reverie", acordând un spațiu larg ideilor lui Freud și Bleuler. Această comunicare a fost urmată de o întreagă serie de observații raportate de domnul Claude și elevii săi, Brousseau, Borel și Robin. Aceste observații aveau în vedere clarificarea mecanismului „reveriilor morbide". Reproducem aici, ceva mai pe scurt, fișa de observație a unei bolnave descrise, sub acest titlu, de către Borel și Robin:

Marie B. este internată la Azilul clinic din luna februarie 1921. Este a doua internare a sa. Cu patru ani mai înainte a fost internată la Sainte-Anne, unde a rămas timp de 8 luni. Avea atunci 23 de ani. De fapt, la acea dată era vorba de tulburări mentale deja vechi, a

căror stare actuală nu este decât capătul unei evoluții./ Iată, de altfel, istoria ei: inteligentă, învăța cu ușurință la școală și muncea cu asiduitate. După spusele părinților, era un copil afectuos și blând, căruia nu-i plăceau jocurile zgomotoase și care căuta cu dragă inimă singurătatea. Într-adevăr, încă din copilărie se manifesta la ea o înclinație spre reverie, spre viața interioară, ceea ce o făcea să prefere solitudinea și nu tovărășia copiilor de vârsta ei. Îi plăcea să stea acasă, să citească, să rămână pe gânduri, fiind adesea greu să o faci să iasă în aer liber sau să se amuze./ Primele tulburări au apărut la pubertate, în 1907, puțin după prima menstruație. Avea pe atunci 14 ani. În acel moment a survenit o criză de excitație psihică, în cursul căreia s-au manifestat idei de grandoare: deodată le-a declarat părinților că ea e regina Spaniei, a adoptat atitudini sfidătoare, se îmbrăca într-o perdea, râdea, cânta, comanda, poruncea, pretinzând să fie ascultată ca o suverană și supărându-se dacă nu i se satisfăceau capriciile. Această stare se exacerba în perioada menstruației și a durat, mai mult sau mai puțin pronunțată, timp de aproape doi ani. Puțin câte puțin totul s-a calmat și s-a produs o nouă perioadă de viață normală, care s-a extins între vârsta de 15 și 23 de ani (până în octombrie 1915)./ În timpul celor 8 ani ea păru să uite orice idee megalomană. Și-a reluat studiile, reușind să aibă o instrucție superioară, ca aceea a multor tinere fete. A rămas, totuși, la fel de visătoare ca și altădată. Îi place să se întindă în pat, ca să gândească în voie. Preferă să rămână acasă, unde, de altfel, se ocupă de croitorie și de broderie. Este de fapt cochetă, vrea să aibă aerul unei fete din lumea bună, să fie distinsă. Nu are prietene, ceea ce nu o frustrează câtuși de puțin, căci preferă solitudinea. Nu-și ascunde gustul pentru lux și adesea spune cu amărăciune: „Sunt fiica unui funcționar“./ În octombrie 1915 – la vârsta de 23 de ani – survine o nouă schimbare. Treptat, fără o cauză vizibilă, ea devine apatică, vorbește puțin, refuză să părăsească patul și abia dacă se ocupă de toaletă. Dacă i se vorbește, răspunde în silă, se irită cu ușurință și chiar aruncă obiecte în capul părinților. Întinsă în pat, are aerul că gândește sau visează. Este, de altfel, perfect conștientă de tot ceea ce se petrece în jurul ei și, când vrea, se comportă absolut normal. Cuvintele îi sunt adecvate, pertinente, dar dispoziția psihică devine tot mai ursuză. Pare să-și disprețuiască

părinții și să aibă o reală aversiune față de tatăl și față de fratele ei. Nu mai pretinde, ca prima oară, că este regina Spaniei, dar regăsim la ea uneori atitudini și cuvinte care arată că păstrează concepții la fel de ambițioase./ Alteori rămâne mohorâtă, devine extrem de închisă în sine, refuză să vadă pe cineva, se declară obosită, extenuată. De fapt, starea ei generală lasă foarte mult de dorit. Este foarte slăbită, nu prea mănâncă și pare că se stinge încetul cu încetul./ Totuși, numai după doi ani, în octombrie 1917, familia sa se decide să o interneze la Sainte-Anne, unde a avut un prim sejur de 8 luni. A ieșit de aici nerestabilită, în mai 1918, iar acasă a arătat aceeași inactivitate, aceeași indiferență ironică față de ai săi, aceeași iritabilitate, într-un cuvânt, o stare absolut similară aceleia care a precedat internarea. A petrecut astfel 3 ani în familie, rămânând aproape în permanență la pat, dezagreabilă, răutăcioasă, capricioasă, violentă, fără ocupație, provocând în jurul ei „o viață de veritabil infern"./ Finalmente a fost reinternată la Sainte-Anne, în ziua de 6 februarie 1921, de unde de atunci nu a mai ieșit./ De la acea dată (februarie 1921), starea bolnavei a rămas în mod vizibil aceeași. Nu citește, nu se interesează de nimic din cele petrecute în jurul ei. Dacă te apropii de patul ei, se preface că doarme, evită în general să răspundă la întrebări sau refuză net să i se ia vreun interogatoriu; alteori, dimpotrivă, vorbește cu bunăvoință, dar cel mai adesea fără a manifesta mare interes pentru conversație. Nu se plânge, ba chiar se pare că îi place la azil și nu exprimă nici o dorință de a se întoarce în familie. Este absolut conștientă de starea sa. Este lucidă, coerentă. Nu are nici o tulburare de memorie sau de ideație. Cel mai adesea stă întinsă în pat, cu fața spre locul cel mai întunecat, părând că urmărește o lungă reverie. În acele momente, cel mai insignifiant fapt îi declanșează reaua dispoziție, aruncă farfuria adusă de infirmieră, interzice oricui să se atingă de patul ei, se plânge de obsesii și, o întreagă perioadă, a susținut că nu poate suporta vederea unui pieptene./ Timp de mai multe luni a păstrat aceeași înfățișare. Apoi au survenit perioade, care păreau să corespundă menstruației, în care se manifesta o anumită excitație. Se scoală, se drapează în cuverturi, ia atitudini teatrale, „poze", surâde medicilor sau îi privește ironic. Vorbele ei exprimă adesea un anumit erotism, iar atitudinea ei sfidătoare trădează concepții megalomane. Aceste

perioade sunt, în general, foarte scurte, după care recade în inerția obișnuită. Puțin câte puțin, însă, afecțiunea progresând, vedem bolnava, ca să zicem așa, cufundându-se în maladie./ Ea devine și mai indiferentă, părând total detașată de lumea exterioară. Se lasă în voia unor reverii interminabile, în cursul cărora lasă impresia că e fericită, surâsuri de satisfacție apărând pe fața ei. În acest caz nu-și mai face toaleta, zăcând la pat. În unele momente devine violentă, așa încât trebuie dusă într-o sală de bolnave agitate./ De câteva luni arborează ornamente bizare. Fără cămașă, adesea fără chiloți, înfășurată în cuverturi, când nu se expune goală văzului întregii lumi, își împodobește capul cu o diademă din staniol, iar brațele, umerii, gleznele poartă nenumărate brățări din sfoară și panglici. Inele de același fel îi ornează degetele. Personalul are de luptat cu ea ca să-i impună cât de cât igiena. Dispoziția ei psihică este variabilă. De cele mai multe ori tăcută și inactivă, uneori se arată amabilă, fandosită, îndrăzneață în gesturi și cuvinte, cerând, pe un ton afectat, mahalagesc, să fie sărutată, mângâiată./ Cu toate acestea, în opoziție cu tabloul acestui comportament, care nu ne poate face să ne gândim decât la o stare demențială progresiv constituită, dacă i se ia un interogatoriu (în zilele când îl acceptă), rămâi uimit de pertinența răspunsurilor ei. De fapt, Marie B. este întotdeauna orientată, lucidă. Nu descoperim în discursurile ei nici o tulburare de judecată sau de raționament. Memoria pare în întregime conservată, atenția e suficientă. Am putut, de altfel, în urma a numeroase interogatorii, să obținem de la ea veritabile confidențe. Cum acestea ni se par de natură să clarifice geneza, cât și mecanismul stării sale, transcriem esențialul conversațiilor și mărturisirile pe care ni le-a făcut./ Vorbind mai întâi de criza de excitație avută la vârsta de 14 ani, iată propriile-i cuvinte: „Îmi amintesc de criza avută odinioară: spuneam că sunt regina Spaniei. În fond, știam că nu este adevărat. Eram ca o fetiță care se joacă cu păpușa și care știe bine că păpușa nu este vie, dar care vrea să se convingă că este... Mă coafam, mă găteam. Lucrul acesta mă amuza, iar apoi, puțin câte puțin, o făceam fără voie. N-aș putea spune că eram normală sau anormală: eram încântată. Era ca un vis pe care îl trăiam."/ Revenind asupra aceleiași perioade, ea ne-a făcut, de mai multe ori, aceleași declarații. Niciodată nu și-a modificat explicațiile. Da, „totul mi se

părea încântător. Aveam impresia că mă aflu pe alt tărâm, deși recunoșteam toate lucrurile din jurul meu. Eram ca o comediană care juca un rol și care se punea în pielea personajului. – Eram convinsă... nu chiar de tot. Trăiam într-o lume imaginară. Trăiam mai multe vieți, în care eram personajul principal". „Ah, am avut atâtea vieți diferite! O dată m-am măritat cu un american foarte frumos, care purta ochelari de aur. M-a luat cu el într-o mare călătorie și am naufragiat... Am fost salvați de un pachebot, care ne-a adus acasă. Aveam un palat mare, fiecare cu camera lui. Ce mai serbări am dat!" Are zece alte relatări asemănătoare. Fiecare este aceea a unei existențe fictive, pe care ea o trăiește în imaginație. „Am trăit... am trăit pe timpul omului cavernelor..." etc., etc./ De câteva luni istorioarele ei au o tentă erotică./ Îl iubește pe unul dintre noi, declarând că este de foarte multă vreme amanta lui. Ar avea cu el o fiică, actualmente în vârstă de 3 ani și care s-ar găsi în casa prezumtivului tată. Are, de asemenea, o altă fiică, în vârstă de 6 ani, foarte bogată, care face călătorii. Tatăl ei este un bărbat ultrașic./ Iată alte istorioare: „Am făcut nunta în alte vremuri, declară ea. Nu mai țin socoteala celor cu care m-am culcat. Azi suntem cam întârziați. Se strâmbă din nas dacă umblu goală, cu o brățară de aur la coapse"./ „Aveam altădată amici, pe care îi iubeam mult. Dădeam serbări acasă la mine. Flori, parfumuri, blănuri de hermină. Amicii îmi dăruiau obiecte de artă, statui, automobile. Unul, gelos, m-a închis aici..."/ Am întrebat-o de ce nu a rămas femeia care era odinioară. „Ideile mi-au rămas aceleași, dar sunt epuizată. Nu mă gândesc decât să mă odihnesc, nu mai vreau să dau serbări. Sunt dezgustată de viață. Nu-mi mai fac nici toaleta, lavaboul mă scârbește. Acasă la mine aveam o chiuvetă în sticlă sculptată, cu un cerc de aur, apoi flacoane asortate." Nu explică, râzând, că s-a ramolit pentru că nu este îngrijită: „Niciodată nu mi-ar fi trecut prin minte, iepurașul meu, că voi ajunge să fac în pat, dar nu-i vina mea. Mi-e rușine."/ Altă declarație: „Nu-mi place să fiu deranjată când mă gândesc, când mă gândesc la viața mea de altădată... Nu mă interesează prezentul, ci lucrurile interesante de odinioară. Când mă înfășor goală în cearceafuri, îmi amintesc viața de altădată. Mă adoram privindu-mă în oglindă, ca artistă"./ Ea nu acordă decât o crezare foarte limitată tuturor acestor relatări. Nu trebuie să insiști

prea mult pentru ca ea să facă mărturisirea că nu este vorba decât de povești. Este ceea ce ea numește vrajă. Iar acest cuvânt pare să corespundă pentru ea acelei capacități a ei de a trăi în vis. „În vrajă – ne spune ea – am fost tot ceea ce am vrut. Am făcut chiar și tâmpenii, am fost morfinomană, cocainomană. Am avut amanți."/ „Prin vrajă, am avut o viață frivolă și mi s-a spus că am amanți. Intrau la mine noaptea. Veneau câte doi. Aduceau coafeze și priveau cărți poștale."[1]

Astfel, în această observație, reveria, exagerându-se progresiv, pare a constitui urzeala dezvoltării psihotice a Mariei B. Toate celelalte simptome par să i se subordoneze și să decurgă din ea în linie dreaptă.

B. Analiză critică a noțiunii de schizomanie. Reverie normală și reverie morbidă

Din acest moment, două căi diferite se deschid în fața noastră. Devine posibil fie să încercăm să stabilim, în cazul în care luăm ca punct de plecare cazuri ca acela raportat mai sus, o noțiune clinică nouă, fie să examinăm modul în care cazurile de acest fel se lasă situate în cadrul deja existent și îndeosebi în acela al schizofreniei bleuleriene, precum și modul în care îmbogățesc ele cunoștințele noastre cu privire la mecanismele psihopatologice care intră în joc în această afecțiune. Domnul Claude și elevii săi s-au angajat pe prima cale și în felul acesta a luat naștere noțiunea de *shizomanie*. Personal am preferat calea a doua. Rezultă de aici o divergență de vederi destul de importantă. Voi încerca să o expun.

Nu ar putea fi negată afinitatea dintre schizofrenie și schizomanie. În ambele cazuri, pierderea contactului vital cu realitatea ne permite să înțelegem și să interpretăm tulburările studiate. Domnul Claude însuși nu a pus niciodată la îndoială această afinitate. Numele de schizomanie, ales de el, stă mărturie pentru acest fapt. Pe de altă parte, el subliniază mereu, la schizomani, posibilitatea de a trece într-o stare de dezagregare schizofrenică. În consecință,

schizomania nu este pentru el, după cum singur o spune, decât o formă de tranziție între schizoidie și schizofrenie.

Dar schizoidia vizează, după cum am văzut, un factor constitutiv, adică un principiu imuabil (a se vedea p. 59), iar schizofrenia un proces morbid, susceptibil să parcurgă diverse faze și să prezinte diferite grade. Din acest punct de vedere, deja pare dificil să intercalăm între schizoidie și schizofrenie o noțiune nouă. Schizomania, capabilă să treacă în schizofrenie, nu poate, în fond, să fie altceva decât o schizofrenie mai mult sau mai puțin ușoară. Numele de schizofrenie frustă, propus recent de Wizel pentru cazuri analoage[2], mi se pare de aceea mai adecvat. Căci a desemna o fază evolutivă a unei afecțiuni nu după un simptom predominant, ci cu un termen cu totul nou, poate ușor duce la confuzie. Cu timpul, nu va putea fi evitată ideea unei entități autonome. În consecință, chiar și elevii domnului Claude, fără a-și da seama, alunecă uneori pe această pantă și califică schizomania drept o „psihoză nouă". Cale pe care nu-i putem nicidecum urma.

Fără îndoială, personalitatea schizomanilor pare relativ mai puțin deteriorată decât aceea a schizofrenicilor avansați. Aceștia sunt visători, iar în reveria lor pot păstra o anumită unitate ideo-afectivă și chiar, dezvoltând tema reveriei lor, ne pot da o anumită impresie de dinamism și de propășire. Ei sunt totuși, înainte de toate, *bolnavi*, indivizi care au pierdut contactul cu realitatea și care prezintă de aceea o „disociere între activitatea intelectuală și activitatea pragmatică" (Claude). Găsim astfel la ei un grad mai mult sau mai puțin accentuat al unei demențe *sui generis*, a unei demențe pragmatice, caracteristice – cum spuneam mai sus – pentru o dezagregare schizofrenică. Cât privește absența deteriorării *intelectuale*, aceasta nu ar putea fi considerată semn distinctiv al schizomaniei. Integritatea elementelor intelectului, și mai ales a memoriei, a fost pusă în evidență de Bleuler pentru schizofrenie, pe toată întinderea acesteia. Din acest punct de vedere, de altfel, Bleuler este în perfect acord cu ceea ce nu ostenește să repete Chaslin pe tema nebunilor discordanți și cu ceea ce spun Dide și Guiraud despre demența precoce, ca să nu cităm decât autori pe care i-am mai citat. În consecință, am putea admite cel mult că această integritate a facultăților intelectului este mai lesne de decelat la

schizofrenicii visători decât în cazurile grave de schizofrenie. Dimpotrivă, n-ar putea fi vorba de deosebiri de natură, aceasta cu atât mai puțin cu cât, recitind fișele de observație referitoare la unii schizomani, publicate de domnul Claude și de elevii săi, găsim la ei, fie în mod constant, fie episodic, o suită de simptome hebefreno-catatonice, care merg până la „aspectul demențial" (inclusiv). Această similitudine de ordin semiologic face dificilă diferențierea schizomaniei de schizofrenie.

Unii bolnavi ai domnului Claude și ai elevilor săi s-au ameliorat în mod simțitor, iar unii chiar s-au însănătoșit. Pe de altă parte, după părerea lui Kraepelin, nici noțiunea de demență precoce și, în consecință, nici cea de schizofrenie nu implică nicidecum ideea de incurabilitate. Noțiunea de puseuri schizofrenice, care se produc din timp în timp, lăsând după ele urme mai mult sau mai puțin vizibile, joacă un rol din ce în ce mai mare în studiul clinic al acestei afecțiuni. Chiar și în cazurile grave sunt posibile remisiuni tardive. Iar dacă cunoștințele semiologice actuale nu ne permit să prezicem în fiecare caz evoluția ulterioară, vina este a noastră și nu a afecțiunii. Din acest punct de vedere schizomania, cu suita sa de simptome hebefreno-catatonice, care însoțesc disocierea activității intelectuale de activitatea pragmatică, nu ne furnizează nici un element nou. Avem febre tifoide fulgerătoare, alături de forme premature ale acestei afecțiuni. Adesea nu putem prevedea deznodământul, iar afecțiunea nu rămâne mai puțin una și aceeași. Lucrurile se prezintă exact la fel în domeniul schizofreniei, cu deosebirea că aici avem de-a face cu o maladie care evoluează cronic, putând totuși prezenta remisiuni, fie și după ani îndelungați. Desemnarea de cazuri ușoare și mai mult sau mai puțin staționare cu un termen special pare, în aceste condiții, îndoielnică.

În afară de aceasta, afirmarea unei înrudiri apropiate între toate varietățile de schizofrenie, precum și între constituția schizoidă și formele manifeste ale maladiei, se bazează, în opera lui Bleuler și a lui Kretschmer, pe lângă identitatea tulburărilor esențiale, pe cercetări genealogice întinse. În una și aceeași familie pot exista cazuri grave de schizofrenie, alături de cazuri mai ușoare sau alături de simple anomalii de caracter, cu predominarea unor trăsături schizoide, în toată varietatea lor. Cercetările doamnei Minkovska

aduc o nouă dovadă cu privire la existența acestei înrudiri. Legăturile dintre diversele varietăți de manifestări psihopatologice studiate sunt cât se poate de strânse. Kretschmer, așa cum am văzut (p. 44–45), a adus un argument nou în favoarea acestei teze, sub forma unei corelații precise între tipuri fizice bine determinate și întregul grup al schizoizilor și schizofrenicilor.

Aceasta nu este însă totul. Introducerea noțiunii de schizomanie, ca grup clinic deosebit, nu se poate să nu aibă drept consecință o îngustare notabilă a cadrului schizoidiei. Aceasta pare acum a se aplica în mod necesar *exclusiv* unei tendințe înnăscute la interiorizare și reverie, tendință care nu constituie decât una din varietățile comportamentului schizoid descris de Kretschmer. Această restricție îi dă însă schizoidiei un cu totul alt sens. Visătorului i-l opunem pe omul de acțiune, acesta din urmă devenind acum tipul cel mai pur al comportamentului sinton. Borel și Robin[3], de exemplu, pot astfel numi „sintonă" epoca noastră actuală, caracterizată de o activitate debordantă dintre cele mai pragmatice sau, cum am fi mai îndreptățiți să spunem, dintre cele mai *utilitariste*. Evident, nu avem nici un motiv să punem la îndoială importanța pe care o poate avea, atât în psihologie, cât și în psihopatologie, opoziția dintre visător și omul de acțiune. Cu toate acestea, respectiva opoziție nu este nicidecum superpozabilă pe aceea dintre schizoidie și sintonie la Kretschmer și la Bleuler. Ba chiar se îndepărtează în așa măsură încât, pentru a evita orice confuzie, pare judicios să nu ne mai servim de aceleași expresii. La Kretschmer, așa cum am văzut în primul capitol, oameni de acțiune se găsesc atât printre schizoizi, cât și printre sintoni. Gradul de activitate este insuficient ca să delimiteze el singur cele două tipuri de indivizi. Dimpotrivă, totul revine *nuanței* deosebite care caracterizează modul lor de a-și risipi energiile în afară. Rigidă, rece, adesea oarbă, de o parte, ea este, dimpotrivă, suplă, maleabilă, marcată de note calde față de ambianță, de cealaltă parte. Cum să numești în acest caz „sintonă" această epocă de după război, epocă a mașinismului și a goanei neînfrânate după aur, care, dominată integral de grija pentru bunuri materiale, surghiunește departe în arierplan orice este valoare afectivă și valoare morală. De altfel, noțiunile de schizoidie și de sintonie nu servesc, după opinia noastră,

decât la caracterizarea indivizilor, examinați dintr-un anumit unghi, și nu a epocilor în care ei trăiesc sau a operelor pe care ei le produc.

Această divergență între opoziția visător–om de acțiune, pe de o parte, și schizoid–sinton, pe de altă parte, merită să fie luată în considerare. Avem aici mai mult decât o simplă controversă verbală. Nu trebuie să pierdem din vedere geneza noțiunilor de schizoidie și de sintonie. Kretschmer și Bleuler au precizat aceste noțiuni căutând, înainte de toate, să stabilească o legătură intimă între fiecare din cele două mari psihoze endogene, nebunia maniaco-depresivă și schizofrenia, și constituțiile corespondente. Schizoidia devine baza constitutivă a schizofreniei, iar sintonia a nebuniei maniaco-depresive. Tocmai în această circumstanță rezidă, înainte de toate, importanța lor, așa cum am arătat în primul capitol al acestei lucrări. Opoziția visător–om de acțiune nu ar putea în nici un caz să îndeplinească același rol. Căci dacă existența unui raport între tendința de evadare într-o lume imaginară și schizofrenia marcată de reverie pare plauzibilă, nu se poate spune același lucru când se încearcă derivarea nebuniei maniaco-depresive din „omul de acțiune". Aici această cale nu mai pare practicabilă. În fond, întreagă această latură a problemei privind posibilitatea de a deduce nebunia maniaco-depresivă din sintonie a fost neglijată. Și doar cu acest preț devine posibilă modificarea profundă adusă noțiunii de schizoidie. Importanța generală a acestei noțiuni va fi în mod sensibil diminuată.

Acestea sunt motivele pentru care dau preferință noțiunilor prime de schizoidie și sintonie, așa cum au fost ele precizate de Kretschmer și Bleuler.

Cu toate acestea, primii schizomani descriși de Claude și elevii săi sunt prin excelență visători. Din această cauză complexele lor par, ca să zicem așa, să înoate la suprafața psihismului lor morbid, dominându-l. Ce învățământ putem trage de aici?

Nu pare câtuși de puțin posibil ca, bazându-ne pe această circumstanță de ordin psihopatologic, să instituim o noțiune clinică. Motivele le-am expus. Să adăugăm că reveria, ca și complexele, reprezintă în fond latura psihismului morbid prin care acesta se apropie de normal. Drept urmare, nu am putea să facem din aceasta punctul de plecare al unei discriminări clinice, aceasta trebuind să

se preocupe în primul rând de deficitul creat de afecțiune. Reamintim aici ceea ce am spus mai sus în această privință (pp. 125–126).

Putem spune, într-un mod oarecum paradoxal, că visătorii morbizi nu sunt bolnavi pentru că visează în mod exagerat, ci visează în mod exagerat pentru că sunt bolnavi. Aceasta este totuna cu a spune că, după părerea noastră, există mai mult decât o deosebire de grad între reveria normală și reveria morbidă.

În cazul reveriei normale uităm pentru o clipă realitatea. Ne izolăm de ea, ne închidem în noi înșine, dând curs liber imaginației, construindu-ne propria lume, refugiindu-ne în ea. Dorințele devin realitate, necazurile și greutățile vieții dispar, nu există decât culori trandafirii și visele. Aceste stări, mai mult sau mai puțin îndelungate, nu durează, în fond, decât o clipă sau mai degrabă nu au durată, deoarece nu iau decât timpul pe care realitatea crede că li-l poate acorda. Noțiunea de realitate nu dispare niciodată în întregime, ea ne pândește mereu din arierplan și face din reverie o stare esențialmente efemeră. Nu depășim niciodată anumite limite; ne place reveria pentru că ne detașează de realitate, dar nu facem niciodată din ea întreaga noastră viață; abia dacă facem din ea un factor al acesteia. Reveria este în fiecare clipă gata să cedeze locul realității. Iar dacă, exagerându-se, mai ales sub formă de reverie creatoare, capătă uneori un loc preponderent în viața noastră, niciodată nu se exprimă în afară printr-un deficit mental, ci prin momente de distracție și uitare, mai mult sau mai puțin amuzante sau supărătoare. În afară de aceasta, ea caută întotdeauna, în opera realizată, o ieșire către realitate. Chiar și atunci când ne face să neglijăm bunurile terestre, ea o face în numele unei valori supreme, în numele operei ce trebuie să răsară din ea și care caută întotdeauna să se integreze în realitate. Uneori însăși reveria și mai ales reflecția vor părea mult mai prețioase decât tot restul, fără ca lucrul acesta să aibă în el ceva anormal. Să ne gândim la Arhimede care, în timpul devastării Siracuzei, cufundat în reflecțiile sale, s-a lăsat măcelărit fără a scoate un cuvânt. Înțelegem scara de valori pe care o stabilește visătorul creator, făcându-l să fie absorbit multă vreme în el însuși. Tocmai de aceea, un sentiment de pietate ne va împiedica să-l calificăm drept schizoid. Dimpotrivă, el poate fi în

cel mai înalt grad sinton. Asemenea lui Pasteur care, în entuziasmul său, în luptele sale pătimașe, în întreaga sa activitate, întruchipa tipul savantului sinton. Dând însă curs liber imaginației, el n-a uitat să le dea elevilor săi sfatul ca, înainte de a intra în laborator, să-și depună la vestiar imaginația, o dată cu pardesiul. Reveria este foarte bine compatibilă cu sintonia.

În consecință, ceea ce caracterizează reveria normală nu este nici intensitatea, nici amploarea sa, ci faptul că rămâne întotdeauna supusă față de ceea ce putem numi *conștiința latentă a realității*[4], cu întreaga ierarhie vie a scopurilor și valorilor pe care le implică.

Tocmai această conștiință latentă a realității lipsește din reveria schizofrenicului. La el reveria se situează *alături* de realitate, ca fenomen echivalent, *i se substituie* și, violentând rolul ei în viața normală, se exteriorizează *ad litteram* și determină în mod direct reacțiile subiectului care, din această cauză, se găsește în contradicție cu exigențele vieții reale și acestea capătă forme „bizare", atât pentru înțelegerea noastră, cât și pentru intuiție. Reveria participă astfel la degradarea generală pe care o suferă întreaga personalitate a schizofrenicului. În cazul Mariei B., ceea ce ne interesează înainte de toate sunt simptomele clinice, este întregul comportament al bolnavei în raport cu ambianța, comportament pe care, fie prin rațiune, fie prin penetrație (a se vedea p. 70), îl recunoaștem ca fiind de natură schizofrenică. Factorii de reverie nu intervin decât în al doilea rând, pentru a acoperi parțial „gaura" psihologică apărută între noi și bolnav; ei nu sunt decât una dintre manifestările secundare ale comportamentului său morbid. La fel, atunci când, în cazuri atenuate, spunem despre schizoizii visători că ei sunt în lună, este evident că ceea ce caracterizează comportamentul lor este tocmai acest „a fi în lună" în mod permanent, și nu reveria. Aceasta, într-un alt cadru, poate, dimpotrivă, să ducă la ceruri.

Așadar, nu este vorba în mod exclusiv de o deosebire de grad sau de extensiune, cu privire la conținut, între reveria normală și reveria morbidă. Departe de aceasta, reveria patologică a schizofrenicului este adesea mult mai îngustă, reducându-se la una sau două sărmane idei-dorințe, osificate, imobile, retrăite de către bolnav într-un mod stereotip. Uneori conținutul însuși se reduce la neant.

Bolnavul susține că visează cu ochii deschiși, dar nu este în stare să spună la ce visează.

Pe de altă parte, asociată cu factori patologici de un ordin diferit, activitatea imaginară poate da naștere, din punct de vedere clinic, la un cu totul alt tablou. Este de ajuns să reamintim constituția mitomaniacă descrisă de Dupré și Logre și delirul de imaginație manifestat pe acest teren. Borel și Robin au precizat ei înșiși, într-un mod cât se poate de clar, deosebirile dintre concepțiile imaginare ale mitomanilor și acelea ale schizomanilor. „Tendința la reculegere, la meditație – scriu Borel și Robin – este generală la acești subiecți (schizomanii). Concepțiile imaginare se elaborează în solitudine și rămân interioare, cufundate în Eul intim. Subiectul nu se deschide bucuros. Realitatea nu există decât în vis, transformată, înfrumusețată. Pe când lumea exterioară rămâne ca atare pentru imaginativul lui Dupré, pentru bolnavii noștri doar imaginarul există. Imaginativul lui Dupré nu are decât o existență. El se impune lumii exterioare. Nu poate trăi fără ea. O iubește cu o pasiune excesivă, dotând-o cu toate calitățile. Domnișoara B. și toți bolnavii noștri de acest fel trăiesc două existențe: una imaginară, în care se complac, alta reală, pe care o disprețuiesc, nedându-și nici măcar osteneala de a trăi, neglijându-și obligațiile și îndatoririle, lăsându-se absorbiți de himere. Avem de-a face cu un fel de dedublare, nu a personalității, ci a existenței însăși: una normală, terestră, considerată adesea banală sau nedesăvârșită, cealaltă de obicei înfrumusețată, mai conformă cu gusturile secrete ale subiecților, veritabilă dragoste duioasă din partea lor./ Construcția imaginară de tip Dupré și Logre este centrifugă, revărsându-se din subiect asupra lumii exterioare. Construcția imaginară a bolnavei noastre este, potrivit concepțiilor noastre, centripetă, domnișoara B. închizând în subiectivitatea sa o lume exterioară transformată în lume imaginară."[5]

Trebuie deci ca un lucru esențial să lipsească din psihismul individului pentru ca reveria să capete acest aspect particular și să devină scop în sine. Nu am putea incrimina aici altceva decât *absența contactului vital cu realitatea*. Ea este aceea care, în fond, determină comportamentul caracteristic al individului în raport cu ambianța și condiționează toate simptomele clinice de ordin schizofrenic, observate la individ în cursul dezvoltării sale psihotice.

Reveria nu pare a fi decât o manifestare secundară. Ca „reverie" ea prezintă un fenomen normal cruțat de dezagregarea schizofrenică și de care bolnavul se agață, într-un efort suprem, spre a nu se cufunda în neant. Fiind deja, în viața normală, o reacție de retragere în raport cu ambianța, ea se pretează cât se poate de bine la acel rol îndeplinit în psihismul schizofrenicului. În același timp, însă, ea nu mai rămâne o reverie pur și simplu exagerată, ci devine o reverie „morbidă", participând prin imobilitatea sa, prin rigiditatea și sterilitatea sa la caracterele esențiale ale oricărei manifestări schizofrenice. Incapabilă să servească drept bază unei noțiuni clinice independente și nici să explice geneza simptomelor schizofrenice, ea proiectează o lumină nouă asupra mecanismelor de compensație, putând interveni în sufletul schizofrenicilor. Am expus această concepție în comunicarea „Les symptômes et les attitudes schizophréniques", prezentată la Congresul alieniștilor din Franța și de limba franceză, care s-a ținut la Paris, în 1925. Voi vorbi despre aceasta în detaliu în paginile care urmează.

C. Țâfna morbidă și schizomania simplă

Noțiunea de schizomanie nu poate, de altfel, să nu se angajeze ea însăși, în cursul evoluției sale, pe aceeași cale. Mai devreme sau mai târziu, mai ales în prezența similitudinii clinice a cazurilor cu sau fără factori de reverie, trebuia să se pună problema faptului dacă mecanismul psihologic al reveriilor morbide este singurul care ar putea sta la baza stărilor zise schizomaniace (în ceea ce ne privește, având în vedere tot ce am spus, vom continua să spunem „schizofrenice"). Borel este acela care pune această întrebare. Răspunsul este negativ, el indicând un alt mecanism capabil să ducă la același rezultat clinic și descriind, în consecință, „țâfnele morbide"[6].

Și în acest caz, încă din copilăria subiectului se constată particularități de caracter care formează un teren propice pentru apariția unor reacții psihopatice de natură schizofrenică. Numai că, în locul tendinței înnăscute la reverie și la interiorizare, găsim la ei următoarele trăsături: „egoism, de preferință particularism, orgoliu, dispoziție de obicei proastă, furii facile, dificultate de a suporta cea

mai neînsemnată contradicție, ceea ce determină încă din copilărie reacția nestăpânită de țâfnă, deja *anormal de durabilă*"[7]; toate trăsăturile de caracter pot fi subordonate, fără dificultate, noțiunii generice de schizoidie a lui Kretschmer.

Oricât de puțin s-ar exagera aceste tendințe înnăscute – sub o influență oarecare, de exemplu un șoc emoțional –, ele vor genera tulburări psihotice, la baza cărora, după Morel, va fi ușor să regăsim mecanismul țâfnei morbide, individul „închizându-se în sine și concentrându-se cu înverșunare asupra temei nemulțumirii sale".

Luăm de la Borel următorul exemplu:

R.C. (30 de ani) manifestă încă din copilărie o tendință la proastă dispoziție. Ea nu are prietene, refuză să se joace din motive de neînțeles, preferând singurătatea. De altfel, e închisă în sine, neîncrezătoare și încăpățânată. Inteligentă și sârguincioasă, a fost totuși o elevă bună la școală, iar până la vârsta de 20 de ani nu a prezentat nici un incident morbid demn de a fi semnalat. În acest moment, ca urmare a unei căsătorii ratate (lipsa de consimțământ din partea părinților), survine o schimbare, la început lentă, apoi din ce în ce mai accentuată. Părăsindu-și activitatea, stătea ore întregi pe gânduri, murmurând cuvinte semiarticulate. Asculta totuși de ordinele părinților, dar fără tragere de inimă, manifestând din când în când o proastă dispoziție evidentă. În scurt timp devine greu s-o faci să iasă din torpoarea ei, manifestând o atitudine negativistă veritabilă. Interpelată, nu răspunde, adoptă o fizionomie plină de ostilitate, e arțăgoasă, iar uneori devine brusc violentă, spărgând orice obiect care îi cade în mână. Finalmente a căzut într-o inactivitate totală, izolându-se într-un colț, cu o mimică care exprima o furie reținută. Indiferentă față de cele se ce petreceau în jurul ei, dovedind o inafectivitate totală, când nu era ură față de părinți, nu avea nici o grijă, nici măcar elementară, de toaleta ei, refuza să mănânce, iar din când în când făcea pe ea, starea sa înrăutățindu-se în așa hal, încât s-a pus problema internării. La azil, aceeași situație. Întinsă în pat, cu o mină de ostilitate, rămânea împietrită în atitudini mereu aceleași, veritabile stereotipii. Sindromul demenței precoce pare complet: negativism, refuzul alimentării, vorbe murmurate, refuzul de a răspunde la întrebări, indiferență, apatie,

inerție etc. Cu toate acestea, în unele momente, o emotivitate pasageră părea să se trezească în ea și, cum se vorbea în fața ei despre starea pe care o avea, de multe ori izbucnea în plâns. În sfârșit, după numeroase interogatorii rămase infructuoase, a consimțit să dea câteva explicații asupra atitudinii sale care, la acea vreme, dura de aproape opt ani: „Ar fi trebuit să mă lase să mă mărit." Pe când ea era mai puțin bolnavă și se găsea încă în casa părinților, proferase adesea aceleași cuvinte, care reveneau deseori în bombănelile ei. Prin stăruință, s-a ajuns la cunoașterea esențialului. N-a iertat niciodată familiei căsătoria ei ratată, nici faptul că își irosise – după cum judeca ea – viața. Profund rănită, în loc să-și uite decepția, își conserva iritarea, care era mereu prezentă, declarând că este neputincioasă să refacă o altă existență și fixându-se puțin câte puțin în acea atitudine de țâfnă furioasă, nemaivrând și nemaidorind nimic, deoarece nu putuse obține ceea ce dorise./ De îndată ce cheia enigmei a fost cunoscută, a fost folosită o psihoterapie activă care – lucru demn de remarcat – a dat curând rezultate. După câteva luni s-a produs o transformare, incompletă totuși. Dar ea a revenit la activitate; chiar la una aproape zeloasă. Le ajuta pe infirmierele de serviciu. Maleabilă, docilă, se posomora doar atunci când veneau s-o vadă părinții. Nu-i plăcea să vorbească de trecut, plângea dacă era silită să o facă, dar sfârșea prin a răspunde, și cu acele prilejuri mărturisea motivele ascunse./ Mărturisea îndeosebi pseudo-indiferența ei din acel timp, care nu era decât aspectul cu totul exterior al unei stări afective intense: furie și ură ascunsă. În sfârșit, departe de a fi atât de absentă pe cât părea, s-a putut constata că ea a înregistrat totul de-a lungul acelor ani, că, într-un cuvânt, sub o mască demențială, își conservase chiar și atunci o activitate psihică logică, coerentă, intactă, numai că orientată anormal[8]./ Trebuie să adăugăm că această ameliorare a fost de scurtă durată. Deoarece se crezuse că se vindecase, i-a fost permisă externarea, poate prea devreme; regăsindu-și mediul și părinții, au fost suficiente câteva zile pentru ca recidiva să se producă. Readusă aproape imediat la azil, s-a constatat că întregul rezultat al unei răbdătoare psihoterapii fusese distrus. Refuzând sistematic să mănânce, a avut loc o slăbire progresivă, o dată cu reapariția vechilor simptome. Ostilă și încruntată, era din ce în ce mai greu s-o scoți din inerția ei și numai

interogatoriul după eterizare permitea să se constate persistența activității mentale, ca și persistența vechiului ei complex. A decedat de o afecțiune intercurentă, după o nouă ședere de un al la casa de sănătate.

Am arăta realmente rea-voință dacă nu am pune în acest caz, ca și în alte cazuri descrise de Borel, diagnosticul de schizofrenie. Numeroase tulburări dn seria hebefreno-catatonică se găsesc aci relatate cât se poate de clar. Evident, pe ele trebuie să se bazeze diagnosticul clinic. Cât privește remisiunile semnalate, oscilațiile stării bolnavului, manifestările emoționale care se produc în mod episodic, cu integritatea facultăților intelectuale, aceste particularități nu ar putea să infirme diagnosticul pus, întrucât toate sunt incluse în noțiunea bleuleriană. În consecință, dacă Borel vorbește, referindu-se la bolnavii săi, de un „comportament paradoxal, care simulează o stare demențială de tip hebefrenic, dar care nu este decât o țâfnă prelungită de o intensitate morbidă“, el adoptă pentru cazul său, în prima parte a acestei concluzii, concepțiile lui Kraepelin, Chaslin, Bleuler și ale altora, dezvoltate pe tema unor stări zise „demențiale“ de ordin hebefrenic. Nu cunoaștem aici decât stări terminale specifice care pot simula „demența“, dar cu totul diferite de demența adevărată. Aceasta, de altfel, exclusiv „în ceea ce privește memoria“, căci ar fi inutil să reluăm întreaga argumentare din paragraful precedent.

Să adăugăm pur și simplu că, întocmai ca pentru reverie mai înainte, nu ne ascundem ezitarea de a face din țâfnă un „primum movens“, mecanismul psihologic esențial care se află la baza tuturor tulburărilor constatate. Aceasta ne-ar determina să admitem că toate aceste tulburări, mergând până la inactivitate și stereotipii, până la mutism și ramolisment, sunt „voluntare, la început cel puțin“. Chiar dacă sunt un partizan fervent al oricărei încercări de interpretare din punct de vedere psihologic a faptelor psihiatrice, mărturisesc că îmi vine greu să-l urmez pe Borel pe această cale. Pare dificil de admis că manifestări „voluntare“ de acest ordin se pot produce fără ca întreaga personalitate să fi suferit, în prealabil, o deformare profundă.

În consecință, pentru mine pierderea contactului vital cu realitatea este nu un „rezultat" al țâfnei sau al reveriei morbide, ci „punctul de plecare", tulburarea esențială a schizofreniei. Această pierdere vizează dintru început un deficit, o deteriorare a personalității umane și poate servi astfel foarte bine drept fundament pentru conceptul unei afecțiuni mentale particulare. Cât privește fenomene ca reveria morbidă și țâfna morbidă, deși participă la procesul schizofrenic, fixându-se și mobilizându-se în mod exagerat, ele reprezintă pentru mine mecanisme de care se agață personalitatea morbidă și datorită cărora ea păstrează un simulacru de aspect uman.

De altfel – iar lucrul acesta ne interesează aici mai presus de toate –, circumstanța că două mecansme diferite, cum sunt reveria și țâfna, „pot duce la aceleași stări schizo-maniace și până la disocierea schizofrenică", dovedește ea singură că nici unul din aceste două mecanisme nu poate fi considerat element patognomonic. Ele nu sunt decât manifestări accesorii, mai mult sau mai puțin accidentale, care se adaugă procesului morbid fundamental. În aceste condiții, nici unul dintre ele nu pare necesar pentru ca acesta să se producă. În orice caz, tulburarea generatoare de schizofrenie trebuie căutată în altă parte. În ce mă privește, am și spus în ce constă. Este totuși interesant de relevat faptul că evoluția ulterioară a schizomaniei trebuie să ducă la un rezultat analog.

Recent, domnii Claude, Robin și Roubenowitch au vorbit de *schizomanie simplă*[9]. „Până azi – scriu acești autori – am căutat mai ales să stabilim, prin fapte de o evidență clinică verificabilă, discordanța care există între activitatea intelectuală și activitatea pragmatică, predominanța autismului asupra participării la ambianță, la viața exterioară... Dar am înțeles că în afară de orice periodicitate, de orice reverie și de orice țâfnă există cazuri clinice care provin în primul rând din schizomanie, cazuri mai pure, care ni se oferă oarecum în stare nudă, prin simplitatea lor însăși făcând sensibil elementul esențial și *sine qua non* al acestor stări, adică discordanța dintre activitatea intelectuală și activitatea pragmatică, preponderența «gândirii autiste» față de gândirea «realistă». Dacă până în prezent am văzut gândirea autistă fie îmbogățită de o reverie imaginară, fie încărcată de un mare potențial afectiv care duce la țâfnă, fie, în sfârșit, sărăcită sau exaltată în sensul fazei ciclotimice, azi avem de

gând să stabilim, grație unei observații demonstrative, existența clinică a unei *schizofrenii simple*, cu un autism redus"[10]. Aceste cuvinte concordă cât se poate de bine cu cele spuse de noi mai înainte.

Reproducem aici, rezumativ, fișa de observație a unui bolnav ales de Claude, Robin și Roubenowitch drept exemplu de schizomanie simplă.

Este vorba de un arhitect în vârstă de 46 de ani, Alcide S., internat din vara anului 1920. E un bărbat cu fața senină, cu privirea serioasă și inteligentă, cu o ținută foarte corectă. Lucrează la planuri foarte simple și rezonabile, într-un colț retras, care îi este rezervat; ai spune că e un funcționar meticulos, model./ Văzându-l, ai un sentiment de uimire la ideea că sunt aproape cinci ani de când este internat și că adesea cere, pe un ton implorator: *„Ah! – mai presus de toate nu mă scoateți din azil; ar fi să mă dați morții."*/ În copilărie era de obicei taciturn. Avea adesea momente de spaimă lipsită de obiect, fobii ca urmare a unor lecturi. Se temea de aglomerații, dar, fiind sub dominația absolută a tatălui său, nu îndrăznea să fugă de societate./ La 18 ani s-a angajat în armată, dovedind o oarecare dificultate în adaptarea la viața militară./ La eliberare a fost sfătuit să facă studii de arhitectură. Neavând atracție pentru nimic altceva, a urmat sfatul./ În anii de studii, părinții au divorțat. De atunci – ne spune unul dintre prietenii săi – a fost mai taciturn ca niciodată./ Și-a dat atunci peste cap, cu multă dezinvoltură, ultimii ani de studii. A. crede că divorțul părinților i-a tăiat gustul pentru ocupații serioase./ A făcut cunoștință cu o tânără cu care a dorit să se însoare. „Asta ar fi fost pentru mine o mare fericire, dar trebuia să înving rezistența unei persoane din familia ei. *Pus în fața luptei, am renunțat*. Am avut apoi o legătură. Mi s-a întâmplat să fiu impotent, dar asta îmi era indiferent."/ A. s-a instalat ca arhitect, la vârsta de 27 de ani, în cartierul său. „Sufeream mult din cauza contiguității clientelei tatălui meu: rămâneam la nesfârșit «domnul Alcide», copilul cartierului; de aici o senzație de jenă, de constrângere, care mă făcea să sufăr."/ Cu câțiva ani înainte de război s-au petrecut în viața bolnavului evenimente „foarte grave" – după părerea lui – despre care refuză categoric să ne dea cea mai mică

lămurire. Familia sa pare a nu ști despre ce este vorba. Bolnavul, însă, le atribuie în parte dezinteresul său față de viață. Fapt este că, prin 1912, el simte „că nu mai merge“, că îi lipsește certitudinea, are impresia că nu este ca toată lumea./ La mobilizare, A. este trimis ca desenator de camuflaje într-un serviciu auto mobil, unde se simte fizicește foarte bine. Crede acum că și-a făcut prost serviciul, că trebuie să fi făcut erori, imaginându-și că un „camuflaj“, reușit sau nu, nu are mare importanță. Această stare de indiferență față de serviciul său s-a accentuat. Către anii de mijloc ai războiului are senzația unei rupturi cu lumea exterioară și i se pare că va înnebuni. În mai 1918, ai săi abia dacă îl mai recunosc: își exprimă neliniștile, se arată iritabil, ba trist, ba vesel, cântând, ca apoi să amenințe că sparge totul./ În definitiv, până acum conduita bolnavului nostru fusese aproape normală. Nimic din comportamentul său nu permitea anturajului să bănuiască schimbarea profundă ce se petrecea în el, activitatea lui fiind în toate privințele satisfăcătoare./ În acel moment a survenit o aventură stranie, care a marcat debutul unor fenomene subiective. A. se găsea în acel moment în orașul L. Să-i dăm cuvântul: „Încă de mult timp îmi spuneam că sunt pe cale de a înnebuni. Făcându-mi serviciul, aveam senzația că deraiez. Eram, așadar, dezorientat. Întâmplarea aceea din L. a accentuat acea dezorientare. Întâmplarea a avut loc în casa în care eram cazat. O tânără femeie care locuia acolo și cu care ieșisem cu câteva zile mai înainte îmi dăduse un rendez-vous. Camerele noastre erau învecinate. Ea a venit la mine, dar eu am expediat-o la început, n-o mai voiam, habar n-am de ce. Apoi ea a revenit și am petrecut noaptea împreună. Dar a avut loc o substituire de persoană, în afară de cazul în care persoana cu care ieșisem mai înainte nu fusese bărbat... De altfel nu știu dacă era bărbat... Am crezut mereu că era o ființă anormală, dar fără anomalie la chip. Acea ființă a părăsit camera mea. La început m-am gândit că am avut de-a face cu o femeie care avea un bazin vicios. După două sau trei ore am ieșit din cameră și am umblat prin oraș, fără a ști ce se va întâmpla cu mine. Eram trist, pentru că simțeam că se petrecuse ceva extrem de important. Am avut, de asemenea, o impresie de influență străină în fața modului bizar în care mă priveau trecătorii, în care îmi dădeau informațiile cerute, și mergeam trist,

cu ideea de a mă sinucide. Acea idee de a mă sinucide nu putea veni decât de la mine, dată fiind gravitatea cazului, dar aveam sentimentul că oamenii pe care îi întâlneam erau acolo pentru mine, știind prin ce trec."/ Acestea sunt condițiile în care, părăsind brusc L. și sosind la Paris, fără permisie, A. realizează o fugă patologică. La P., unde este internat, manifestă o tendință netă de refuzare a alimentelor; este silit să mănânce prin amenințarea cu externarea./ Lăsând impresia unei ameliorări, A. se întoarce acasă și se apucă iarăși de lucru. În iunie 1920, el nu doarme, mănâncă tot mai puțin și fuge de mama sa, spunându-i că e lepros și că nu vrea să-i transmită boala. Trecând din întâmplare pe lângă lacul Daumesnil, i-a venit ideea să se arunce în el. În urma acestui incident, a fost din nou internat, la azilul în care l-am văzut./ În septembrie 1924, ne mărturisește că se gândește neîntrerupt la întâmplarea din L., care pentru el este un punct de reper: „Nu mă ocup nicidecum de sexul acelei persoane, ci ceea ce mă preocupă este că m-a găsit distrat și că mi-a spus că a bătut de trei ori în ușa mea. Lucrul acesta nu mă mai interesează ca fapt special, am căutat o explicație, socot că unele cuvinte au un sens ascuns și simbolic, pe care trebuie să-l găsesc"/. La azil, A. se scoală cu regularitate în fiecare dimineață, nu scoate o vorbă și își petrece ziua în bibliotecă, unde studiază geometria. Recopiază cu grijă, caligrafic, cărțile de știință și reproduce servil figurile. Pare fericit că nu are contact cu bolnavii, „alienați care nu se ocupă de tine, fiecare trăind în lumea lui"./ De câtva timp refuză să mai vadă anumiți prieteni, care îl vizitau. „Ei nu mă obosesc, sunt amabili cu mine, *dar nu cred că merită efortul pe care trebuie să-l fac spre a mă pune în contact cu dânșii. Singura persoană pe care o admit este tatăl meu*. Afară poate că aș putea trăi într-un sat izolat, cu condiția de a vedea foarte puține persoane și să mă pot adapta puțin la ele, și cu condiția de a face față, pentru a-mi asigura existența, unui minimum de obligații. La Paris, însă, mi-aș da duhul în câteva ore! Când mă întorceam acasă, nu mai înțelegeam nimic din cele ce mă înconjurau: totul dansa în fața ochilor; obiectele, oamenii treceau ca într-un vis, fără să pot stabili contacte cu ei. *Realitatea ar fi pentru mine o halucinație. Boala constă pentru mine în aceea că nu pot stabili un contact durabil, permanent, normal cu lumea exterioară. Sunt alături de viață*. Ceea ce mă înconjoară

nu reușește să mă penetreze, să mă atingă. Cu toate acestea, nu delirez, nu am halucinații, nu mă retrag din lume din înțelepciune, în virtutea unui sistem filosofic. Se crede că sunt filosof. Ce eroare! Pur și simplu gândesc prin abstracții ca să mă debarasez de lucruri. E foarte comod."

Această fișă de observație este cât se poate de demonstrativă. Găsim la A. „pe de o parte o activitate intelectuală intactă, iar pe de altă parte, o activitate pragmatică profund tulburată... Boala sa, cum el însuși precizează clar, constă în întregime în faptul că lumea exterioară nu-l mai solicită" (Claude, Robin, Roubenowitch). Acest caz se lasă astfel subordonat într-un mod cu totul natural la ceea ce spuneam mai sus despre pierderea de contact cu realitatea, ca tulburare esențială a schizofreniei și a demenței pragmatice.

„Acesta este schizomanul simplu – continuă domnii Claude, Robin și Roubenowitch –, iar existența clinică a acestui tip permite sesizarea în stare pură a tendinței schizomaniace, fără elemente supraadăugate obișnuite. Pe când la unii «visători în stare de veghe» tulburările de imaginație sunt atât de importante încât ele umplu tabloul clinic, noțiunea de schizomanie simplă le reduce la adevăratul lor rol: acela de simptom secundar, la fel ca pentru țâfnă și ciclotimie... Schizomanul simplu nu face apel la nici un mecanism de «compensație»... Atât reveria morbidă, cât și țâfna morbidă presupun acum trăsătura psihologică esențială cu care se confundă schizomania simplă: anume tendința de a se elibera de lumea exterioară pentru a trăi o viață interioară, *dezinteresată*, adică fără mobil de ordin practic, *preferința* mărturisită, recunoscută pentru un mod de gândire intim și voluntar, fără luare de contact direct cu ambianța. Schizomania simplă devine astfel *pânza de fond indispensabilă* și,fie că visătorii o îmbogățesc cu broderii, fie că țâfnosul o rupe furios, simptomele cardinale există la bază." Nu putem decât subscrie aceste rânduri. Latura deficitară a afecțiunii este pusă de data aceasta în prim-plan, iar mecanismele reveriei și țâfnei sunt reduse la rolul de caractere secundare.

Până aici ne găsim în deplin acord cu autorii citați. Nu mai suntem însă atunci când, în prezența acestor fapte, ei mențin noțiunea de schizomanie. Mecanismele reveriei și țâfnei, care au

încă o aparență de specificitate, sunt acum îndepărtate, pe bună dreptate de altfel, pe planul secund. Tulburarea esențială a schizomaniei apare în acest caz în forma simplă, „în stare nudă", și se arată identică cu aceea a schizofreniei. De ce să mai introducem atunci un nou termen?

Domnul Claude și elevii săi ne spun: „Suntem convinși, pe de o parte, de existența clinică a demenței precoce tip Morel, cu substrat organic, iar, pe de altă parte, de existența clinică a schizofreniei, dar a unei schizofrenii deosebit de rarefiate: într-adevăr, dintre cele patru forme de schizofrenie descrise de Bleuler, reținem mai ales *schizofrenia simplă*, în care facem să intre subiectul pe care l-am numit *schizoman*, înainte ca el să treacă în schizofrenia confirmată."

Fără a aprofunda aici discuția privind delimitarea clinică a schizofreniei, am dori să atragem atenția asupra următoarelor aspecte.

Pentru Bleuler orice schizofrenie este o afecțiune de ordin organic.

Schizofrenia vizează nu o stare, ci un *proces* specific, susceptibil de evoluție și putând deci prezenta toate gradele, de la cele mai ușoare la cele mai grave. În consecință, orice tulburare de ordin schizofrenic, de îndată ce depășește un simplu comportament constituțional, este deja o schizofrenie, iar o stare patologică capabilă să treacă într-o „schizofrenie confirmată" nu ar putea să nu fie de natură schizofrenică.

Cât privește reducerea noțiunii de schizofrenie la forma sa simplă, cu excluderea tuturor celorlalte, nu ne-am putea realmente gândi la așa ceva. Nu ar însemna aceasta să contestăm în întregime opera lui Bleuler, care, înainte de toate, constă într-o orientare nouă, fecundă în consecințe teoretice și practice, dată fostei *demențe* precoce? Nu este cazul să facem pași înapoi și să abandonăm terenul cucerit. Iar dacă realmente avem un motiv valabil de a separa forma simplă a schizofreniei de celelalte forme ale acestei afecțiuni, atunci am abandona-o fără ezitare pe cea dintâi, spre a conserva tocmai la formele mai grave, la formele „demențiale", tot ceea ce este viu și salutar în noțiunea de „schizofrenie". Domnul Rogues de Fursac, în ultima ediție a Manualului său, adaugă numele de schizofrenie

celui de hebefreno-catatonie. El rămâne în felul acesta credincios gândirii lui Bleuler.

Dar, în fond, problema unei dezmembrări a schizofreniei sub forma indicată mai sus: schizofrenia simplă, pe de o parte, hebefreno-catatonia și forma paranoidă, pe de altă parte, abia dacă este de conceput în prezența faptelor clinice reunite în acest domeniu de către Bleuler, care nu atribuie decât o importanță cu totul relativă clasificării curente a schizofreniei în aceste patru forme (forma simplă, forma catatonică, forma hebefrenică, forma paranoidă). Între aceste forme nu există „limite naturale", ne spune Bleuler. Orice bolnav considerat schizofrenic simplu poate face la un moment dat un puseu hebefreno-catatonic. Orice bolnav atins de hebefreno-catatonie se poate ameliora, prezentându-se în cursul acestei ameliorări drept un schizofrenic simplu. Recitind fișele de observație ale unor „schizomani", publicate de domnul Claude și elevii săi, regăsim la aproape toți, cel puțin în unele momente ale evoluției lor psihice, o mulțime de simptome din seria hebefreno-catatonică, uneori până la cele mai grave și de lungă durată. Chiar și bolnavul descris mai sus sub numele de schizoman simplu a prezentat la un moment al vieții sale tulburări mentale care depășesc cu mult o simplă discordanță între activitatea intelectuală și activitatea pragmatică (incidentul din orașul L.) și ocupă până în prezent un anumit loc în psihismul său.

În ceea ce mă privește, după ce am urmărit evoluția noțiunii de schizomanie, nu mă pot împiedica să cred că, din punct de vedere clinic, este o dublă utilizare a noțiunii de schizofrenie. Evident, aceasta nu înseamnă că nu vedem faptele puse în lumină, care vin să îmbogățească cunoștințele noastre cu privire la psihopatologia acestei afecțiuni.

D. Regretele morbide. Atitudinea interogativă

Înainte de a formula concluziile de ansamblu, aș dori să mai raportez aici două fișe de observație pe care am avut ocazia să le public, una sub titlul „Les regrets morbides. Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques"[11], iar cealaltă, în colaborare cu

domnul R. Targowla, sub titlul „Contribution à l'étude de l'autisme. (L'attitude interrogative)"[12].

Să începem cu prima:

„Este vorba de o bolnavă în vârstă de 47 de ani, căsătorită, având o fiică în vârstă de 20 de ani. Cu doi ani și jumătate în urmă, bolnava a fost operată de un fibrom. La un an după operație au apărut primele tulburări mentale. Bolnava susținea că o urmărește cineva pe stradă. Această idee a dispărut, dar a făcut loc altor manifestări morbide. Bolnava începe să vadă lucruri imaginare, îndeosebi o fetiță cu care fusese colegă de școală în urmă cu 40 de ani. Uneori bolnava are accese de enervare. Ea aruncă la pământ orice îi cade în mână, pronunță cuvinte triviale și caută să facă rău. Când nu are asemenea accese, pare absorbită de gândurile ei. Am avut ocazia să o observăm timp de șase săptămâni, într-o casă de sănătate./ Docilă, nu trădează nici o supărare, nu exprimă nici o dorință, nu spune nimic în mod spontan și pare total dezinteresată de lumea ambiantă, ca și de propria-i soartă./ Coboară uneori din dormitor la ore neobișnuite, în zori de zi, înainte de micul dejun, în capot și papuci. Câteodată urcă și coboară de mai multe ori, fără vreun motiv vădit. În grădină ea rămâne așezată într-un colț, fără a vorbi nimănui, neinteresând-o nimic. Părăsește Casa de sănătate fără a adresa vreun cuvânt vreunei bolnave./ În timpul vizitei medicale nu spune aproape nimic din proprie inițiativă. Răspunde totuși la întrebări, dar răspunsurile sunt scurte, foarte adesea contradictorii./ Față de mine păstrează o atitudine impersonală. O singură dată, către sfârșitul primului ei sejur, văzându-mă preocupat, mi-a spus surâzând: «Reflectați prea mult, doctore». Altă dată, în aceeași perioadă, dat fiind faptul că absentasem câteva zile, la întoarcere ea mi-a declarat că niște oameni răutăcioși i-au spus că nu voi mai reveni. În acel moment, de altfel, am avut impresia că am reușit să stabilesc un anumit contact afectiv cu bolnava./ Ea prezintă tulburări psihosenzoriale de natură vizuală și auditivă. Deja înainte de intrarea în Casa de sănătate, bolnava auzea persoane care se apropiau de dânsa și îi cereau să spună o rugăciune. A mai văzut, de asemenea, în mintea ei, o persoană pe care o detesta pentru răul pe care i-l făcuse. O vedea și pe fetița cu care fusese la școală, la vârsta de șapte ani,

și care întotdeauna căutase să-i facă necazuri. O revedea când se gândea la ea. Auzea, de asemenea, că un anume M. trebuia să se însoare cu fiica ei. Acest bărbat îi era impus și îi făcea reproșuri indecente. Ea dă, de altfel, cu privire la M. informații imprecise și contradictorii, confundându-l cu alte persoane, în așa fel încât se pune întrebarea dacă el a existat vreodată./ La Casa de sănătate continuă să aibă resentimente față de lumea care o înconjoară. Astă noapte a văzut oameni care au intrat la ea în cameră. Un individ i-a spus că o așteaptă, că ea ar trebui să fie alături de el. Este un individ pe care nu-l cunoaște, dar pe care îl crede abject. Vrea să o conducă unde vrea el, să facă din ea ce vrea. Trebuie să fi murit la începutul războiului, apoi familia sa a făcut demersuri să-i recupereze corpul./ Simptomele de care vorbim persistă și se dezvoltă. Foarte adesea o găsim pe bolnavă la pat, cu capul sub cuvertură; se ascunde de oamenii răi care se apropie de ea. În timpul conversației, chiar dacă este vorba de cu totul altceva, ea se oprește și declară că îi vede pe acei oameni răi. Câteodată se referă la o femeie dezagreabilă, care spune *Tatăl nostru*, alteori la individul abject despre care vorbise, iar uneori la o persoană care o detestă și-și bate joc de ea. Nu vrea ca acea femeie să revină, acea femeie care a distrus «uniunea totală»./ Toate aceste persoane, spune ea, sunt impalpabile. Ea le situează totuși în spațiu și arată exact, pe podea, locul în care crede că le vede. Alteori, dimpotrivă, spune că le are în ea însăși./ Îl vede pe acel individ care o așteaptă ca să facă trafic de carne vie. O vede și pe fetița detestată. (Cuvintele ei sunt însoțite de o veritabilă explozie afectivă, ca și cum ar fi vorba de evenimente reale.) Era atât de disperată din cauza acestora încât voia să se arunce în apă./ Toți acei oameni se vâră în afacerile ei, ceea ce o agasează. N-are chef să se lase comandată cum vor ei. Încă nu e în mormânt, dar va fi în curând. Deocamdată trebuie să stea culcată, acoperită, cu ochii închiși, nemișcată. Oamenii aceia ar trebui să stea în pământ și nu să vină aici. Pentru ea sunt oameni dispăruți./ Acestea sunt tulburările ei psihosenzoriale."

În cursul examenului, însă, aceste simptome se amestecă foarte adesea foarte strâns cu manifestări care par normale, deși au un caracter special, circumstanță care dă cazului un aspect particular, pe care va trebui să-l precizăm. Extragem din fișa noastră de

observație câteva pasaje care pot ilustra particularitatea pe care căutăm s-o punem în evidență:

„27 martie. – Întrebare: Ați avut în viață multe necazuri? Răspuns: O, da! Întrebare: Ce necazuri? Răspuns: Mă temeam ca fiica mea să nu se mărite rău, cu un individ de două parale. Ființa pe care o detest era și ea pornită împotriva familiei mele. Întrebare: Ați avut necazuri înainte de a vă îmbolnăvi? Răspuns: O, da, încurcături pe care am vrut să le dau uitării. Întrebare: Ce încurcături? Răspuns: Încurcături de-ale vieții. Întrebare: Ce fel de încurcături? Răspuns: Nu pot spune (își ascunde fața). Întrebare: Înainte de căsătorie? Răspuns: Înainte. Întrebare: Ați iubit? Răspuns: Da, credeam că pot uita. Văd oameni răi în jurul meu. Întrebare: Ce vârstă aveați? Răspuns: Optsprezece ani./ Am mai aflat, în plus, că devenise amanta unui bărbat pe care îl iubea și că o femeie, o prietenă, făcuse ce făcuse și îi despărțise. După aceea s-a căsătorit, la vârsta de 23 de ani.

28 martie. – Ea regretă că s-a măritat. Întrebare: De ce? Răspuns: N-ar fi trebuit. Întrebare: De ce? Răspuns: N-aș îndrăzni s-o spun. Credeam că pot uita lucrul acesta. Întrebare: Ce? Legătura dinainte? Răspuns: N-am spus-o, am păstrat asta pentru mine. Fata aceea vine înspre mine, mă hăituiește, o văd, o văd, vrea să-și bată joc de mine. Întrebare? Ați fost fericită cu soțul? Răspuns: E muncitor. Întrebare? Și ce? Răspuns: Numai că mi-a rămas mereu ideea aceea. Întrebare: Ce idee? Răspuns: Acea primă idee care mi-a venit. E un lucru imposibil de uitat. Văd oameni răi.

Spre finalul interogatoriului aducem din nou vorba despre prietenul ei. Iată ce ne-a spus: ea nu dorea să devină o femeie care trece din pat în pat. A rugat-o pe prietena sa să-i spună amantului că se temea că va fi abandonată și că i-ar fi plăcut ca el s-o ia de nevastă. Nu știe cum a învârtit acea prietenă lucrurile, dar nu și-a mai revăzut amantul. L-a revăzut, dar, lucru bizar, tatăl ei a aflat și a certat-o. Din cauza asta ea nu mai poate trăi. Dorește ca fiica ei să nu aibă aceeași soartă.

30 martie. – Întrebare: Vorbiți-mi de trecutul dumneavoastră. Răspuns: Trecutul meu... Trecutul meu n-a fost prea bun. Întrebare: De ce? Răspuns: Nu-mi plăcea deloc unde sunt. Întrebare: Unde asta? Răspuns: Acolo unde locuiesc. Nu-mi plăcea deloc. Pentru că

se știa că n-am fost fată serioasă și mi se făcea mizerie. Nu mai pot vorbi, pentru că văd indivizi răi, care ascultă ce spun./ Apoi bolnava se pune pe povestit: «Iată cum s-a întâmplat. În timpul războiului, eram singură cu fiica mea. În timp ce soțul meu era plecat, m-am dus la biserică să mă rog, dar n-ar fi trebuit s-o fac, din cauza trecutului. Căsătoria cu soțul meu nu e logică, pentru că m-am dus la biserică și n-am spus lucrul acesta. Fiica mea avea acasă agheasmă. M-am stropit cu agheasmă ca să fiu protejată și acum văd mereu scena aceasta. Sunt batjocorită fără milă. Fiica mea mi-a făcut reproșuri, căci ea e pe pământ și va fi singură din cauza mea...» Bolnava aduce apoi conversația asupra regretelor sale: «Am regretat foarte mult că am fost ce-am fost, că am avut un amant. De altfel și el trebuie să fi regretat. Voiam să-i fiu nevastă, nu să trăiesc cu el cum am trăit. N-ar fi trebuit să vă vorbesc despre asta. Nu mai vreau ca acea femeie să revină, acea femeie care mi-a distrus viitorul. Când el m-a părăsit, m-a părăsit și curajul de a trăi, n-am mai avut chef de viață. Oh, uite-l pe individul acela soios care vine să tragă cu urechea!»/ Aceste regrete și remușcări revin mereu în conversațiile noastre zilnice, nu atât pentru că insistăm în mod deosebit asupra acestor aspecte, ci pentru că bolnava însăși revine la ele într-un mod aproape stereotip. De altfel, pe măsură ce înaintăm în studierea bolnavei, remarcăm că ea dă în general gândirii sale, cu o predilecție deosebită, forma regretelor. Notăm în acest sens alte câteva detalii./ Ea crede că a greșit nedând atenție, înainte de căsătorie, deosebirii de gusturi care există între ea și soțul ei. Ea prea se concentrează asupra ideilor ei; ar fi trebuit să fie mai expansivă. Prea s-a cufundat în tristețe și s-a închis în necazul ei. Dacă ar fi știut, curma lucrurile imediat. Regretă că a avut un amant./ Ne spune că ieri soțul ei i-a făcut reproșuri că nu mai are verigheta. A aruncat-o acum două luni, într-o zi când a fost furioasă./ Într-o zi bolnava a scris pe o hârtie: «La început mi-am iubit soțul, și am pus o picătură din sângele meu, căci mă temeam ca el să nu înceteze să mă iubească». Întrebare: De ce? Răspuns: Se spune că spre a nu pierde prietenia cuiva trebuie să pui o picătură de sânge într-o băutură care îi este destinată. Nu mai aveam încredere în prietenia lui. Ar fi trebuit să plec, să nu rămân cu soțul meu./ Apoi bolnava ne povestește că, pe când avea doisprezece ani, o fetiță, jucându-se,

i-a spart doi dinți. Acești dinți au fost scoși și înlocuiți cu dinți artificiali. Bolnava adaugă: «N-ar fi trebuit să-mi scot dinții. A trebuit să suport lucruri [dinții falși] care nu sunt ale mele»./ Fetița cu pricina nu era aceeași cu cea revăzută la debutul maladiei. Întrebare: De ce v-ați gândit atât de mult la cealaltă fetiță? Răspuns: Le-am revăzut pe toate tovarășele mele. Ea era cea mai răutăcioasă. Parcă o văd. Era foarte răutăcioasă. Aveam șase sau șapte ani pe atunci. E trăsătura cea mai detestabilă a gândirii mele: o revăd pentru că era răutăcioasă./ O dată bolnava ne-a spus că a coborât dimineața în grădină, dar că după aceea a regretat./ Într-o zi am ajuns să vorbim despre familia ei. Ne-a spus că nu prea a fost fericită în copilărie. Și-a pierdut de timpuriu mama. Tatăl ei era aspru cu dânsa, pentru că nu voia ca ea să devieze de la drumul cel drept. Toată familia i-a stat împotrivă – tatăl, fratele, sora – când au aflat (de legătura ei). Întrebare: Sunteți în relații bune cu fratele și sora? Răspuns: A, nu, deloc. Întrebare? De ce? Răspuns: Nu avem aceleași gusturi. Aveam multe rețineri, nu puteam vorbi de anumite lucruri, în fața tatălui meu. Întrebare: Dar acum cum o duceți cu ei? Răspuns: Ei nu m-au susținut și au rămas la fel. Apoi, fără nici o ezitare, adaugă: «Trebuie să vă spun totul, nu-i așa? Eram cam cochetă, iar asta, după părerea lor, întrecea măsura». (Mimică vie, roșește și își acoperă fața, ca o fetiță căreia îi reproșezi o greșeală măruntă/.) După câteva zile ne vorbește din nou despre cochetăria ei. Ne spune că de când e bolnavă o contrariază să urce într-un magazin de primă mână. Spune că cheltuia mult cu toaletele sale și că soțul o certa uneori pentru aceasta./ Altădată ne vorbește de „amărăciunea teribilă“ pe care a simțit-o văzând că vecinii lor își construiau o casă din care aceștia puteau să vadă ce se petrece în familia ei. A fost un mare chin pentru dânsa, căci nu se mai simțea acasă la ea. Apoi a adăugat: «Când eram acasă, mâncam tot timpul zahăr, ciocolată, bomboane. Și aveam pe cap acei oameni care mă priveau». Întrebare: Sunteți gurmandă? Răspuns: Da (mimică vie, ca și cum i-ar fi fost rușine). E urât, nu-i de spus (mimică și atitudine puerile)./ Așadar, în spusele ei se amestecă evenimente importante, cu altele futile. Dar, în fond, prevalează regretele, reproșurile, remușcările, amintirile penibile./ La întrebarea: «La ce vă gândiți?» ea răspunde: «Regret». Regretă că s-a căsătorit./

Stătea prea mult acasă, reflecta prea mult. Nu mai are prieteni, nu mai are pe nimeni. Este singură în dezgustul ei de viață. Este prea închisă în necazul ei. N-ar trebui./ Are vise «imposibile». Într-o noapte s-a visat într-o casă cu podeaua acoperită de sticlă spartă; în fața ei era o persoană răutăcioasă, care voia să-i facă rău proprietarului. Întrebare: Ce vrea să spună visul acesta? Răspuns: Aș dori ca totul să fie spart. Nu mai vreau să mă întorc acolo. Aș vrea ca acolo unde locuiesc totul să rămână în paragină./ Bolnava trăiește astfel exclusiv în trecutul ei. Manifestă totuși câteva preocupări care se raportează în aparență la prezent. Aceste preocupări, cum rezultă în parte din cele spuse până aici, se referă la fiica ei, la care revine foarte adesea. Dar privind lucrurile mai de aproape, constatăm că asociază în permanență persoana sa cu aceea a fiicei, adesea substituindu-le, că, într-un cuvânt, se identifică cu fiica sa, proiectând în ea propriile regrete, transformându-le în temeri cu privire la soarta ei./ Ea și-a văzut fiica crescând, a văzut-o izolată, i-a fost teamă pentru ea./ Altădată bolnava ne-a vorbit din nou despre M. Ne spune că el are proiecte nefaste în privința fiicei sale și în privința ei. Îi este teamă ca lucrurile să nu ia o întorsătură rea pentru amândouă./ Bolnava rămâne deci cufundată în trecutul ei, care i-ar plăcea să fie «spart și șters de pe fața pământului», așa cum îl vede în vise. Prezentul ei nu este, în fond, decât o reflectare a acelui trecut. Cât despre viitor, despre care nu am vorbit până acum, el i se pare cu totul gol: nu vede nimic în fața ei. «De-acum s-a sfârșit – repetă ea mereu –, viața s-a terminat pentru mine, nu văd nimic în fața mea». Viața i se pare inutilă, oprită în loc. Gata, nu mai întrevede nimic. Când o întrebăm dacă dorește ceva, răspunde: «Nu văd nimic ce mi-aș putea dori, nimic. Nu mai văd ce ar putea fi»./ De-acum ea nu mai iese nicăieri. I se pare că s-a împotmolit, că se află într-un mormânt. Totul s-a sfârșit, în fața ei e eternitatea. I se pare că trăiește cu cei care nu mai sunt."

Acestea sunt datele culese în cursul unor lungi interogatorii. Vom încerca să le analizăm.

Să enumerăm mai întâi simptomele prezentate de bolnavă: dezinteres, lipsă de dorințe și de inițiativă, absență de contact afectiv, asociații sărace, ideație imprecisă, vagă și adesea contradictorie, acte

dezordonate, tulburări psihosenzoriale, vizuale, auditive și probabil cenestezice, uneori de natură imperativă, câteva idei vagi de persecuție, ideea că este moartă și că trăiește cu cei care nu mai sunt în viață.

Toate aceste simptome permit formularea diagnosticului de schizofrenie.

Absența prospecțiunii către viitor, slăbirea elanului vital confirmă diagnosticul. Pentru ea viitorul nu există. Viața s-a oprit. În fața ei e gol. Se dezinteresează de prezent ca realitate, acesta neintervenind în viața ei decât sub formă de fenomene halucinatorii sau sub forma preocupărilor referitoare la fiica ei, cu care se identifică, proiectând în aceasta propriul ei trecut.

Pe de altă parte, vedem că în spusele bolnavei intervin în permanență persoane care au jucat un rol important în viața sa, precum și evenimente cu puternică încărcătură afectivă, cum sunt legătura de dinainte de căsătorie și decepțiile rezultate din aceasta, deziluziile vieții conjugale, persoana fiicei, pentru care se teme să nu aibă aceleași nenorociri trăite de ea însăși la aceeași vârstă. În pofida dificultății de a stabili adevărata identitate a persoanelor care intervin în halucinațiile sale, putem spune că au, de asemenea, legătură cu trecutul bolnavei, ca, de exemplu, fosta ei prietenă, pe care o acuză că a rupt „uniunea totală". Acești factori afectivi se manifestă și prin acte simbolice, de felul gestului aruncării verighetei. Se schițează în felul acesta câteva jaloane ale unei biografii psihopatologice, câteva linii mari ale conținutului psihozei. Probabil că, cu timpul, am fi putut aprofunda și mai mult cazul studiat din acest punct de vedere particular. Făcând-o, am fi riscat totuși să trecem pe lângă alte probleme esențiale.

Nici enumerarea simptomelor și nici studierea complexelor nu epuizează, ele singure, tabloul clinic.

Un element important a fost lăsat în afara analizei noastre de până aici, anume *atitudinea* particulară adoptată de bolnavă. Vom încerca să o scoatem în relief acum.

Nu ne este greu să constatăm că bolnava noastră *trăiește numai în trecut.*

Acest trecut apare în psihismul ei sub formă de *regrete, de reproșuri pe care și le adresează ei însăși, ca și sub forma*

evocării unor amintiri dureroase. „N-ar fi trebuit" și „am greșit" revin neîncetat în spusele ei. Iar când se gândește la tovarășele din copilărie, în ea se fixează imaginea aceleia care a făcut-o să sufere cel mai mult, la care se gândește atât de intens încât sfârșește prin a o vedea.

Când bolnava vorbește despre trecut – și, în fond, ea nu vorbește decât de trecut – o face în primul rând sub formă de regrete. Aceste regrete, ca să zicem așa, se aplică la totul; s-ar spune că este singurul mod în care ea se mai poate pune în raport cu evenimentele vieții interioare și cu realitatea în general. Ea regretă mult legătura avută înainte de căsătorie sau tentativa de a păstra prietenia soțului ei cu ajutorul unei picături de sânge puse în băutura ce-i era destinată, cât și faptul că s-a rugat pentru el în anii războiului. Regretă însă și faptul că a ascuns existența la ea a doi dinți falși. Regretă că a fost prea închisă în sine toată viața și că din această cauză a rămas izolată, dar exprimă același sentiment de regret în legătură cu faptul că și-a tăiat părul și că a ieșit în grădină într-o toaletă care-i displăcea. Regretele se extind în tot ceea ce spune, fără gradație, fără nuanțare vizibilă. Lucrul acesta dă deja psihismului bolnavei un caracter de rigiditate particulară și ne face să presupunem că este vorba mai degrabă de o atitudine morbidă, care dă o tentă specială întregii activități psihice a bolnavei, decât de o reacție normală, determinată de prezența unor amintiri penibile. La întrebarea la ce se gândește, le răspunde că regretă.

Am spune chiar că aceste regrete se prelungesc în prezent sub forma unor imagini halucinatorii care iau locul realității prezente, de care ea se dezinteresează, și care o urmăresc asemenea unor furii, tovarășe fidele ale remușcărilor și viziunilor dureroase cu privire la trecut.

Acest mod de a vedea este confirmat și de alte circumstanțe. Bolnava trăiește în trecutul ei, dar nu găsim în spusele ei o succesiune de amintiri care să constituie urzeala unei povestiri vii și colorate. Chiar și evenimentele importante despre care vorbește nu se îmbogățesc, în cursul unor conversații succesive, cu noi detalii. S-ar zice că regretele s-au fixat asupra anumitor aspecte ale vieții sale și că acestea revin mereu, într-un mod destul de abstract, monoton și stereotip. În loc să determine la noi un sentiment de compasiune, ele sfârșesc prin a deveni cu timpul incomprehensibile.

Aceste regrete nu tind, în fond, către nici un scop real. Când, în viața normală, ni se întâmplă să spunem: „Ah, numai dacă nu aș fi comis cutare sau cutare acțiune", aceste cuvinte sunt întotdeauna în mod tacit însoțite de o dorință: situația actuală ar fi fost atunci alta. Dar tocmai aceasta îi lipsește bolnavei noastre. Știm ce regretă ea, dar nu avem impresia să fi dorit altceva în locul celor întâmplate. La noi regretele păstrează mereu un anumit contact cu prezentul și viitorul, la fel după cum reveria caută întotdeauna în mod virtual o ieșire către lumea reală. Dar, dat fiind faptul că visătorul morbid rupe legăturile care atașează reveria la ansamblul activității sale, la fel, la bolnava noastră, regretele devin un scop în sine și sunt astfel situate în afara vieții.

Putem spune că la bolnava noastră ne aflăm în prezența unei „hiperplazii" a trecutului. Acea perspectivă care ne face întotdeauna să examinăm trecutul din punctul de vedere al prezentului pare să-i lipsească bolnavei noastre, iar ea se comportă de parcă timpul nu s-ar mai scurge. Vorbind despre sora și fratele ei, ne povestește că odinioară, cu douăzeci de ani în urmă, nu i-au ținut partea și că îi vede *mereu la fel*. Revede astfel o întreagă serie de fragmente din trecutul ei, ca și cum nimic nu s-ar fi clintit de atunci încoace. La fel, ne vorbește de slăbiciunile ei, de lăcomia, de cochetăria ei, pentru care fusese certată în copilărie, însoțind relatarea cu o mimică expresivă care amintește foarte bine mimica unei fetițe prinse cu șotia.

Regresiune, vor spune unii, dictată de dorința de a fugi de „intemperiile" prezentului și de a reveni la stadii mai fericite ale vieții din trecut. Dar, după cele reieșite din analiza noastră, acest prezent nu apare câtuși de puțin atât de terifiant, și nici trecutul atât de dezirabil pe cât le vrea acest mod de a vedea. Nu am fi mai aproape de adevăr presupunând că bolnava, pierzând contactul cu realitatea, incapabilă să îmbine trecutul cu viitorul, se agață de trecut și trăiește în el ca și cum acest trecut ar avea întreaga valoare a prezentului? Nu am avea aici, în același timp, cauza hipermneziei prezentate de unii schizofrenici?

Ne referim la regretele bolnavei noastre, deoarece acest fenomen pare să domine întreaga sa viață psihică, iar noi calificăm drept

morbide aceste regrete din cauză că în ele nu găsim nici gradație și nici nuanțe, din cauză că lipsește propulsarea către viitor, din cauza fixității, imobilității și sterilității lor.

Aceasta ne explică de ce, aproape dintr-o dată, fără rezistență aparentă, bolnava ne vorbește de anumite evenimente cu puternică încărcătură afectivă, din viața sa trecută. Dar ea restrânge în același timp anvergura mărturisirilor sale în calitate de elemente esențiale ale tabloului clinic. Pe măsură ce aprofundăm acest caz, ajungem la convingerea că regretele bolnavei nu sunt în realitate determinate de evenimentele din trecut la care ele se raportează, ci constituie o atitudine particulară de natură morbidă, care se fixează pe anumite aspecte din acest trecut.

Constatăm deci că și aici intervine ideea unei *atitudini morbide*.

Faptul de a fi putut preciza această atitudine marchează o etapă în analiza psihologică a bolnavei noastre. Tocmai ei îi datorăm impresia că, în cursul unor examene succesive, am realizat un progres în înțelegerea personalității morbide. Ne-am găsit în primul rând în prezența unor semne de dezagregare profundă, semne enumerate mai sus la rubrica simptomelor clinice. Apoi apare, la un moment dat, noțiunea de atitudine particulară. Această atitudine, deși rămâne ea însăși morbidă, așa cum am văzut, poate fi totuși apropiată de un fenomen al vieții normale: regretul. Dintr-o dată personalitatea bolnavului dobândește un aspect nou, mai asemănător cu al nostru, un aspect mai uman, dacă îndrăznim să ne exprimăm astfel. Am descoperit un fel de poartă de intrare în psihismul său, știm ce întrebări să-i punem ca să obținem răspunsuri mai coerente, am găsit o liniuță de unire între viața sa și a noastră. Contactul devine mai bun.

Este aici util să subliniem că nu este vorba de o aprofundare a conținutului psihozei, deoarece, din cauza monotoniei și rigidității regretelor bolnavei noastre, nu am progresat, ca să zicem așa, în această direcție. Tocmai existența unei atitudini psihice particulare este aceea care ne-a permis, până la un anumit punct cel puțin, să ne punem la același diapazon cu bolnava și să stabilim un fel de legătură cu ea, legătură fragilă, superficială, dar valorând mult mai mult decât vidul absolut.

Nu putem să nu ne gândim aici la o bolnavă de care vorbește Bleuler. De multă vreme acea bolnavă executa mișcări stereotipe, amintind vag mișcările dansului; nu se reușea să se scoată de la ea nici un răspuns la întrebările puse. Într-o zi, Bleuler a executat în fața ei mișcări analoage; bolnava a ieșit atunci din mutismul său și a răspuns în mod pertinent la câteva întrebări. Am procedat, în fond, la fel în privința bolnavei noastre, cu singura deosebire că, în loc de o manifestare motorie, ne-am servit de un fenomen psihic, regretul. Pare astfel a se stabili o paralelă între atitudinile psihice de ordin schizofrenic și stereotipiile psihomotorii.

Trecem acum la cel de al doilea caz care ne-a permis să descriem, sub numele de atitudine interogativă, o formă specială sub care se poate manifesta pierderea de contact cu ambianța. Reproducem aici fișa de observație, precum și câteva comentarii pe care le-am adăugat:

„Paul C., licean în vârstă de 17 ani, s-a dezvoltat într-un mod normal. După cum ne spun părinții, era bun la învățătură și manifesta un interes foarte pronunțat pentru pictură, consacrându-i tot timpul liber. Caracter integru, era incapabil de cea mai mică minciună. A fost dintotdeauna mai degrabă închis în sine și avea puțini prieteni. Părea foarte echilibrat din punct de vedere intelectual; iubitor de precizie, căuta întotdeauna să aprofundeze lucrurile; această trăsătură particulară era considerată de toți ca fiind o calitate; Paul avea, în consecință, reputația unui «spirit vertical», în avans față de vârsta sa calendaristică./ Debutul stării actuale datează de aproximativ nouă luni. Paul a început prin a se plânge de deficit de energie și de oboseală morală. Cu câtva timp mai înainte se pare că fusese preocupat de probleme de ordin sexual; i-a pus în acest sens întrebări tatălui său, dând în acea împrejurare dovadă de o ignoranță totală. În ultimul trimestru, la liceu, a fost mediocru; apoi și-a întrerupt cu totul studiile. A început, în acea perioadă, să-și controleze actele, să se asigure, de exemplu, de mai multe ori, că a închis bine ușile. Toate actele sale au devenit de o lentoare extremă. Un lucru atât de simplu cum este punerea unei batiste la căpătâi, la culcare, îi cere acum uneori mai bine de o oră; spune că vrea să se asigure că batista e bine pusă sub perna de

căpătâi. S-a produs o agravare rapidă; făcându-și toaleta, își încheie și își reîncheie butonii de la haine și nu reușește să iasă din casă; părinții s-au văzut, în cele din urmă, obligați să-l îmbrace și să-l dezbrace ei înșiși; mesele se prelungesc la nesfârșit, el inspectând iar și iar felurile de mâncare, farfuriile, cuțitele și furculițele; petrecea ore întregi la closet. Părinții l-au plasat la Serviciul de profilaxie mentală, unde am avut prilejul să-l urmărim./ L-am întrebat într-o zi de ce rămâne ore întregi la closet. Iată, transcris textual, răspunsul său: «Când trebuie să merg la closet privesc mai întâi cât arată ceasul, ca să nu stau acolo prea mult; privesc cum sunt așezate exact acele; acul cel mic nu se găsește întotdeauna chiar la mijloc între cele două cifre vecine, cum ar trebui să fie când este jumătate; această constatare îmi oferă un subiect de critică. Privesc astfel spre a fi sigur de ora care este; dacă acul mic este ceva mai departe sau ceva mai aproape decât ar trebui să fie, în raport cu acul mare, nu mai sunt sigur de nimic; asta-i problema. În fața intrării în closet, la ușă, găsesc un pămătuf de curățat plafonul; îl consider mai lung decât de obicei; alteori mi se părea mai scurt; știu că un obiect care a fost văzut de mai multe ori sfârșește prin a părea mai puțin observabil decât la început, totuși mă întreb dacă pămătuful nu a devenit mai mare sau mai mic. De fiecare dată când îl privesc îmi pun această întrebare. După ce am intrat în closet, nu sunt sigur dacă am închis ușa. Apoi mă uit la ferestruica de aerisire și mă gândesc la posibilitatea unui curent de aer. Trag de mai multe ori de ușă ca să mă asigur că e închisă. Apoi, întrucât ușa se închide rău, privesc prin crăpătură, de sus în jos; privesc dacă razele de lumină care se filtrează prin această crăpătură sunt de aceeași intensitate ca de obicei; uneori mi se par mai sumbre, alteori mai clare; aceasta poate depinde de iluminat, dar atunci vreau să cunosc exact diferența de ton, ca și cum ar fi vorba să le pictez. Apoi privesc un mic cui pe care, încă de la început, l-am observat în ușă. Privesc apoi ușa și mă întreb dacă aș fi văzut; în fond, ce importanță are lucrul acesta, numai din principiu mă asigur și mă gândesc în felul acesta.»

Comportamentul lui Paul seamănă, la o primă privire, cu acela al unui fobic sau al unui obsedat; de altfel el însuși vorbește de manii și de obsesii.

O observare mai atentă ne face totuși să ne schimbăm părerea.

Constatăm mai întâi că *elementul emotiv* este cu totul absent. Descriindu-ne tulburările sale, Paul nu este angoasat; el pare cufundat într-o inerție particulară; uneori ai spune că ne vorbește nu despre el însuși, ci despre o terță persoană. Dacă îi contracarăm obișnuințele morbide, el nu-și schimbă atitudinea. Acasă privește zi de zi îndelung cele trei pendule, spre a se asigura că ele arată exact aceeași oră; părinții săi au fost nevoiți să acopere cadranele a două dintre ele; Paul n-a reacționat însă printr-o criză de angoasă; a rămas impasibil și a trecut la altceva.

Dar atitudinea bolnavului nostru diferă și prin alte trăsături de aceea a obsedaților veritabili. La Paul nu numai factorul emotiv este absent, după cum am spus, ci și *elementul personal* dispare aproape total; întrebările pe care el și le pune privesc înainte de toate *ordinea obiectivă* a lucrurilor, cum ar fi exactitatea pendulei, lungimea pămătufului etc. Intervine elementul „îndoiala", dar acesta e departe de a domina situația, apărându-ne mai degrabă ca una din modalitățile atitudinii generale a bolnavului nostru. De altfel această atitudine – iar lucrul acesta este și el important – nu se limitează la un grup oarecare de percepții sau de idei, ci se manifestă mereu în legătură cu orice eveniment[13].

Chiar Paul ne spune că „e o chestiune de hazard"; dacă atinge întâmplător un obiect, este condamnat să se ocupe de el ore întregi. Ieri seară, de exemplu, un bolnav a spus incidental: „Să vorbim despre femeile ușoare"; în acest caz el a fost imediat asaltat de o serie de întrebări: Sunt aceste femei nefaste, femei vicioase, femei care se dau tuturor? Religia le condamnă? Dacă aude sau citește ceva, este oarecum dinainte „osândit"; orice idee se instalează în creierul său și îl tracasează. Nu mai poate citi deloc. Se atașează de un cuvânt, de o literă și nu de sensul frazei. Privește dacă există puncte pe toate literele „i", dacă accentele sunt la locul lor, dacă literele de același fel au toate aceeași formă, apoi caută etimologia unui cuvânt; un alt cuvânt, care seamănă cu precedentul, dar care are alt sens, îi vine în minte; „ acesta îl face în sfârșit să se gândească la lucruri triste, la obsesiile sale". Într-o zi Paul ne-a declarat că va înceta să-și mai pună întrebări atunci când le va fi epuizat pe toate, ca și cum lucrul acesta ar fi posibil.

Citām încă un exemplu. După ce a petrecut patru săptămâni în Serviciul de profilaxie mentală, Paul s-a întors acasă. Aici i-a hărţuit pe părinţi cu întrebări. Iată ce ne spune el însuşi în această privinţă: „Acasă pun în permanenţă întrebări; mama mea trebuie să dea toată ziua răspunsuri. Aceste întrebări se referă la obiectele pe care le văd în faţa ochilor, ca şi la diferite detalii ale acestor obiecte. De exemplu, o întreb pe mama dacă schimbă lenjeria în fiecare săptămână; întreb ca să ştiu; sunt incitat să pun această întrebare prin comparaţie cu modul în care se petreceau lucrurile în Serviciu, unde se schimba lenjeria săptămânal. Trebuie să fiu lămurit asupra tuturor chestiunilor care îmi vin în minte. Când trebuie să mă aşez pe un scaun, doresc să ştiu cum şi din ce este făcut, din trestie sau din paie, şi dacă este solid, dacă nu se va rupe. Trebuie să căutăm să cunoaştem tot ce ne cade sub ochi. Când te aşezi pe un scaun, pare logic să ştii pe ce te aşezi, să cunoşti detaliile de fabricaţie. Înainte nu mă sinchiseam de toate aceste detalii, dar acum îmi pun întrebări referitoare la tot ce se află în faţa mea şi găsesc că lucrul acesta este absolut natural."

Tulburarea esenţială de care suferă Paul se precizează astfel tot mai net: avem de-a face cu o atitudine morbidă în faţa realităţii în general, atitudine pasivă, caracterizată înainte de toate de întrebările puse fără noimă, la nesfârşit, în legătură cu obiectele văzute sau în legătură cu ideile ce-i vin în minte.

Într-adevăr, s-ar spune că singura legătură cu evenimentele, cu persoanele şi cu obiectele din ambianţă este fenomenul interogaţiei. Se pare că numai sub această formă particulară poate el înregistra percepţiile legate de obiectele din exterior. În acest sens vorbim noi de *atitudine interogativă*[14].

Termenul „curiozitate" ni se pare în acest caz impropriu. Curiozitatea implică dorinţa de a cunoaşte ceva; dar o asemenea dorinţă cu greu se constată la bolnavul nostru; în fond, doar faptul de a pune întrebări, de a interoga la infinit caracterizează în primul rând atitudinea lui Paul. Expresia „atitudine interogativă" ni s-a părut de aceea mai potrivită.

Un fenomen normal, întrebarea, pare a se elibera astfel de legăturile care îl ataşează în viaţă de alţi factori, care îi permit să-şi

îndeplinească adevăratul său rol; el a dobândit o autonomie patologică și determină atitudinea morbidă descrisă mai sus.

Ce modificare a contactului cu ambianța exprimă atitudinea interogativă? Aspectul particular al oricărei personalități este determinat în primul rând de dorințele sale, de scopurile urmărite, de deciziile luate, de acțiuni; tocmai cu ajutorul acestor factori caută ea să se integreze în realitate, salvargându-și totodată caracterul individual. Din acest punct de vedere, toți ceilalți factori ai vieții par subordonați activității conștiente. Să încercăm să determinăm, în acest sens, locul care revine fenomenului întrebare. Aceasta are ceva nedesăvârșit în ea, deoarece în mod normal prevede un răspuns care trebuie să-i succeadă; de aceea ea este mai departe de acțiune decât afirmația, de exemplu, aceasta din urmă intercalându-se întotdeauna între întrebare și actul care poate decurge din ea. Astfel, atunci când întrebarea dobândește o autonomie morbidă și determină întreaga atitudine a individului, avem clar impresia unui *recul* în raport cu ambianța. Bolnavul nostru, ocupându-se de lucruri exterioare, nu urmărește nici un scop real, ci se îneacă în întrebări; într-adevăr, s-ar spune că el s-a retras astfel pe pozițiile cele mai îndepărtate față de acțiune și realitate.

Reculul în raport cu realitatea nu se manifestă exclusiv în alegerea fenomenului care determină acum atitudinea bolnavului nostru; îl regăsim și în modul în care el pune întrebările și le înlănțuie unele cu altele. Valoarea *pragmatică* a evenimentelor și lucrurilor pentru el nu există. El caută, în fond, doar să extindă câmpul întrebărilor puse și ajunge astfel să aplice norme abstracte acolo unde acestea n-au ce căuta. Precizia matematică, extrem de utilă de altfel, duce forțamente la consecințe absurde dacă facem din ea o regulă de conduită în viața curentă. Paul o caută peste tot, împingând astfel până la limitele extreme atitudinea sa interogativă. El nu va lăsa niciodată să-i scape expresii ca „lucru“ sau „cutare“ fără a-i pisa pe ai săi cu întrebări în legătură cu ele; nu se va arăta mulțumit decât atunci când aceste cuvinte vor fi înlocuite cu expresii mai precise. Înainte de a se culca, el se întreabă îndelung dacă perna se găsește exact la mijlocul patului. Am văzut ce importanță atribuie el faptului de a ști dacă acul mic al unui ceas se găsește exact în locul pe care trebuie să-l ocupe în raport cu acul mare sau dacă

cele trei pendule din casă marchează exact aceeași oră. Își inspectează farfuria, descoperă mici puncte negre și se întreabă dacă sunt defecte de fabricație sau resturi de alimente; încearcă în acest caz să le îndepărteze cu furculița și o face la nesfârșit. Puși în aceleași condiții, noi ajungem foarte rapid, după câteva încercări, la o certitudine empirică și trecem la alte ocupații; el continuă să-și răcâie la nesfârșit farfuria; își spune că dacă n-a reușit până acum să îndepărteze punctul negru, aceasta nu dovedește că nu va reuși la răzuirea următoare. Acuză astfel o tulburare profundă a gândirii empirice, care în mod normal nu se poate exercita decât rămânând în contact strâns cu realitatea: aceasta ne impune în fiecare moment scopuri noi, limitează timpul pe care îl putem consacra fiecăruia din ele și face astfel să reiasă întreaga valoare a certitudinii empirice. Există o mare deosebire între „a fi atins ușor de un automobil" și „a fi doborât de acesta". Paul nu vede decât deosebirea geometrică, aceea de câțiva centimetri, aceea de „un fir de păr", uneori; această diferență este atât de mică încât el o neglijează, iar în ziua în care un automobil trece pe lângă el, se ocupă îndelung de toate consecințele pe care le-ar fi putut avea un accident, ca și cum acesta s-ar fi produs în realitate; el nu mai are perspectiva necesară spre a aprecia la justa sa valoare distanța enormă care separă lumea posibilităților de lumea realităților.

Vedem acum că gândirea lui Paul nu mai caută să se integreze realității; este o formă de gândire autistă. Ea nu se pierde, e adevărat, într-o lume pur imaginară, cum se întâmplă frecvent, se ocupă de obiecte exterioare, dar o face într-un mod care este în contradicție flagrantă cu exigențele vieții. Rezultă de aici o dezordine totală în actele și în conduita bolnavului. Nu ar putea fi totuși vorba de o deteriorare intelectuală propriu-zisă. Părinții lui Paul confirmă acest mod de a vedea lucrurile; ei sunt uimiți auzindu-l uneori că vorbește de lucruri serioase, ca înainte, găsind chiar o expresie semnificativă spre a-i descrie starea; „ai crede că există în el două persoane", ne spun ei. Expresia *istovire pragmatică (affaiblissement pragmatique)*, care face să reiasă cu toată claritatea faptul că bolnavul dispune de facultăți intelectuale, dar că nu se slujește de ele într-un mod conform cu cerințele realității, pare întru totul la locul ei aici.

Când Paul citește, el întârzie asupra formei literelor, asupra punctelor de pe „i", asupra accentelor etc., detalii care au importanță când corectezi șpalturi de tipografie, dar care nu au nici o importanță când citești un articol de ziar. Dacă Paul are de făcut o traducere, el caută un cuvânt în dicționar, dar privește și la celelalte cuvinte care se găsesc pe aceeași pagină, vrând să cunoască semnificația lor și se ocupă de chestiuni care, date fiind circumstanțele, nu prezintă nici un interes imediat.

Atitudinea lui Paul diferă total, din acest punct de vedere, de a noastră; el nu-și mai situează activitatea *în timp* și nu stabilește ierarhia diverselor întrebări în raport cu cerințele momentului de față; el nu cunoaște nici efortul, nici relaxarea. „Totul are aceeași importanță pentru mine, ne spune el; te instruiești la fel de bine văzând în dicționar sensul altor cuvinte." Ceea ce este adevărat, numai că traducerea se prelungește la nesfârșit din cauza aceasta. Iar personalitatea lui Paul se năruie în mod categoric, devine impersonală, flască, dezlânată.

În fond, Paul nu tinde către nici un scop și nu mai orientează în direcția realității efortul său personal. El adoptă o atitudine pasivă în raport cu ambianța. Putem spune că elanul său vital a cedat.

Noțiunea de viitor își pierde în acest caz întregul sens. Nu putem rezista tentației de a aborda, din acest punct de vedere, o problemă nouă. Întrebarea, așa cum am spus mai sus, are în ea ceva nedesăvârșit; ea stipulează un răspuns care, în mod normal, trebuie să-i succeadă; ea proiectează în felul acesta o rază spre viitor. Ne punem întrebarea dacă nu cumva atitudinea interogativă nu servește să acopere lacuna care produce în noțiunea de viitor slăbirea elanului vital; nu servește ea drept colac de salvare pentru personalitatea care începe să se scufunde? În orice caz, ea se pretează la aceasta prin natura sa. Poate că ne este permis să examinăm din același punct de vedere previziunile atât de frecvente ale unor consecințe posibile, în care se complace Paul; am văzut cum lua el lucrurile în ceea ce privește incidentul auto; asemenea fapte pot fi foarte frecvent observate la el. Fără a ține seama de realitatea evenimentului inițial, el construiește pe baza lui o serie de consecințe posibile. În lipsa unei propulsii vitale spre viitor, el trăiește într-un fel de „prospecție

autistă“ și se agață astfel de noțiunea de viitor, care începe să-i scape.

Acesta a fost, în linii mari, conținutul comunicării pe care am prezentat-o, împreună cu Targowla, la Societatea medico-psihologică, în 1923. Am avut totuși ocazia să-l mai urmăresc câtva timp pe bolnav și să completez fișa de observație: „Părinții l-au readus, după câteva luni, la Serviciul de profilaxie mentală. Nu l-am putut însă ține acasă prea mult. După o scurtă fază de ameliorare, starea i s-a agravat din nou. Între timp, tabloul clinic își schimbase aspectul. «Au intervenit lucruri noi, ne spune Paul când îl revedem. Nu-mi mai pot suporta deloc părinții. Ei nu mi-au înțeles la început boala și vorbeau de decădere. În timpul primei mele internări în Serviciu nu m-am gândit la lucrul acesta, dar acum toate acestea mi-au revenit în minte și au devenit o idee fundamentală în spiritul meu. Pentru asta m-am certat cu tatăl meu și i-am spus vorbe grele. Le port pică părinților și nu-i mai pot suferi. Fluidul lor este contrar celui al meu. De altfel, de când mă aflu din nou în Serviciu, această ură a scăzut și sunt bucuros când ei vin să mă vadă»./ Își închipuie că îl supără ceva în gât și în nas./ Acum se socoate nebun. Nimeni nu-l înțelege, nici pe el, nici problemele ce-l preocupă. Și-a pierdut complet rațiunea. De îndată ce vede un obiect este fascinat. O mătură, din cauza formei sale, îl face să se gândească la caznă, la tortură. Crede că mătura servește la schingiuirea bolnavilor, după cum și priza de curent montată în podea ar servi la electrocutarea lor./ Ieri, măturând curtea, se gândea de ce sunt îndepărtate frunzele moarte. Cu ele împrăștiate pe pământ, tabloul era mult mai artistic. Este, în fond, o idioțenie și o crimă să le mături./ Vechile sale manii s-au atenuat. Se îmbracă și mănâncă mult mai repede decât înainte și, de asemenea, își pune mai puține întrebări. Dar nu a încetat să ezite îndelung asupra a două lucruri de făcut. Azi-dimineață, de exemplu, făcându-și toaleta, se întreba dacă trebuia să pună jos mai întâi prosopul sau mai întâi săpunul, pe care le avea în mână./ Are acum «mania experienței». Trebuie să experimenteze totul, spre a vedea ce iese. În consecință, azi-dimineață a turnat cafeaua cu lapte în supă, ca să vadă ce gust poate avea acest amestec. Acum zece zile s-a dus în Montmartre, ca să vadă pentru prima dată o femeie. Nu i-a produs nici o impresie. Ea i-a propus

practici speciale. La început a avut un simțământ de repulsie, dar apoi și-a spus că trebuia să vadă ce putea să rezulte. Ieri s-a lungit în pat ca să cunoască senzația produsă de faptul de a fuma culcat. A stat, de asemenea, o oră în poziție de drepți, tot ca să vadă ce poate rezulta./ Iată-l nebun furios. Vrea să facă un tărăboi cât mai mare posibil, spre a-i vedea efectul. Ar vrea să meargă la război ca să ucidă un neamț. Ar vrea să încerce totul, să experimenteze totul. Ar vrea să-și dea seama de maximum de zgomot pe care îl poate face. Socoate că toată lumea ar trebui să facă la fel. Totul este acum pentru el nespus de frumos. Are ideea că dacă face zgomot îl va vedea pe Dumnezeu. Trebuie, acum, să aibă idei exacte despre toate cele. Cum se procedează «în mod just» când te dedai la practici solitare? Trebuie să experimenteze pederastia, morfinomania, cocainomania, în sfârșit tot ceea ce, cum se spune, este susceptibil să producă juisanță./ Geniul este vecin cu nebunia. Camarazii din Serviciu îi spun: «O faci pe idiotul». El crede că poate e un geniu. Se crede în prezent capabil de lucruri formidabile. Compune, în cap, librete de operă și poezii. Crede, de asemenea, că ar picta cu multă ușurință, ca Michelangelo și Leonardo da Vinci. Operele din capul său sunt la fel de zgomotoase ca acelea ale lui Wagner. Le compune și la uită. Poate compune oricând alta./ Întrucât bolnavul pune în practică a sa „manie a experienței" și caută să producă maximum de zgomot posibil, a fost necesară internarea lui. Petrece la azil mai multe luni./ Își continuă experiențele. Aruncă farfuriile la pământ spre a vedea ce efect va avea gestul său. Infirmierii intervin în acest caz în mod destul de energic. Renunță, pentru că, «în fond, asta mi-e indiferent». Un bolnav îi povestește că și-a băut urina. Urinează pe podea și linge parchetul spre a vedea ce gust are. O dată a urinat în pat, spre a cunoaște senzația cu pricina. «Nu este prea neplăcut: te simți stropit și ai o senzație de cald la fund». «În știință nu ești sigur decât de lucrurile pe care le-ai experimentat». Timp de trei zile nu se duce la closet, ca să vadă cât timp poate reține în rect materiile fecale./ Totul, de altfel, i se pare la fel de frumos și de interesant. Un zgomot și o arie de operă exercită asupra lui aceeași atracție. Are în prezent tendința de a confunda importanța lucrurilor. Nici unul dintre ele nu-i mai presus de celălalt. Un cutremur de pământ ar fi pentru el același lucru cu un mic zgomot.

Cutremurul de pământ ar distruge mulți oameni, dar asta îi este indiferent. Dă prea mică importanță lucrurilor din lumea aceasta, detaliilor materiale./ După câteva săptămâni, Paul își încetează experiențele, dar nu vede deloc prin ce este anormală conduita sa. Dimpotrivă, o găsește total justificată./ Comportamentul lui Paul este acum mai puțin stânjenitor pentru ceilalți, dar personalitatea sa nu rămâne mai puțin dezagregată, împuținată, sărăcită./ Se apucă să deseneze, dar brusc îi vine ideea să pună un semn al întrebării pe figura persoanei desenate sau să-i pună o pipă în gură, deoarece, cum el însuși spune, fumează și el. Desenele devin astfel incoerente./ Nu-l mai interesează nimic. Nu mai citește ziarele, căci nu are «opinii clare». «Nu știu care din doi, asasinul sau victima, e vinovatul»./ Ideea care îl domină este femeia. La vârsta lui nu se poate lipsi de femei. Iese din azil în căutarea lor. Există un «truc» care i se potrivește de minune. Un bolnav i-a spus că există la Paris case de flagelare. Va ajunge să fie întreținut de o bătrână baroană./ Ar vrea să se întoarcă acasă, deoarece în acest caz ar putea ieși liber în oraș și deoarece acasă există pereți tapetați în culori, pe când zidurile de la azil sunt cenușii./ Are acum mania ca, înainte de a se așeza, să-și treacă piciorul pe deasupra scaunului. E o idee care i-a trecut lui prin cap. Poate, de altfel, foarte bine să se abțină. Dacă nu se simte bine pe scaun, se așază pe jos. Este, în fond, logic./ Continuă să aibă o manie foarte bizară. Compară totul din punctul de vedere al frumuseții: de exemplu, o țigară și chipul unui om. Le găsește la fel de frumoase./ Suspectează pe toată lumea. Judecând după cel mai mărunt detaliu, vede în fiecare un dușman. Dar nu-și exteriorizează sentimentele. Își spune că este înconjurat de dușmani, dar tratează aceste suspiciuni cu dispreț, cum a făcut și cu maniile sale./ Nu seamănă cu ceilalți oameni, crede el. Aceștia execută o serie de gesturi într-un mod animal, spontan, pe când el, din contră, analizează totul. El face totul prin forța cerebrală și nu prin forța animală, prin instinct. Trebuie să raționalizezi totul, chiar și pofta de mâncare. El este, deci, o ființă cu totul diferită de celelalte./ Părinții lui Paul, profitând de dispariția manifestărilor jenante din punct de vedere social, îl readuc acasă. Îl revedem după patru luni. Convocat de noi, vine la consultație. Pare inert, indiferent. Ținuta îi este mai neglijentă decât înainte. Neîncrezându-se în nimeni și

în nimic – cum zice el –, nu se confesează. Răspunsurile îi sunt scurte, uneori dezlânate. Activitatea pare net diminuată. Dezinserția de real s-a accentuat. Personalitatea sa se năruie tot mai mult./ Excentricitățile – spune el – au dispărut. Dacă vrea, se poate acum îmbrăca la fel de repede ca oricine. Dar nu face nimic anume, decât ceva pictură, poezie și muzică, când are chef. Se mai simte puțin nervos, dar totuși n-ar putea spune în ce constă această nervozitate. Dacă îi trece prin cap să facă ceva, de exemplu să deseneze, trebuie să o facă. Aș spune că poate, pe drept cuvânt, să facă ceva excelent și începe atunci să deseneze, neținând cont de nimic altceva, nici chiar de acele lucruri care par importante pentru anturajul său. Modul său de a înțelege lucrurile este cu totul diferit de acela al părinților săi. Cu greu se poate spune că este fiul lor. Când lui îi vine ideea să danseze, ei îi vorbesc de praful pe care-l stârnește în casă! Nu ar trebui să-l enerveze în felul acesta."

Această fișă de observație este deosebit de instructivă. Mania interogației, care domina inițial tabloul clinic, apare acum cu claritate ca o manifestare mai mult sau mai puțin accidentală a unui proces morbid subiacent. Anumite caracteristici ne-au făcut, de altfel, să vorbim nu de obsesii veritabile, ci de atitudine interogativă și să punem diagnosticul de schizofrenie. Evoluția ulterioară avea să ne dea dreptate. Atitudinea interogativă dispare cu timpul. Totuși starea bolnavului, departe de a se ameliora, nu face decât să se agraveze. Procesul schizofrenic progresează, decăderea personalității este în creștere. Paul pierde tot mai mult contactul cu realitatea. El exprimă această pierdere de contact printr-o nouă manie, aceea de a dori să experimenteze el însuși totul, un fel de „solipsism empiric"[15] căruia el încearcă să-i dea o bază logică și care, contestând orice ierarhie a scopurilor și orice factor de ordin pragmatic, îl duce la o activitate absolut incoerentă. Dar și în acest caz nu este vorba decât de o trăsătură secundară. Independent de aceasta, maladia continuă să progreseze. Își fac apariția idei morbide de persecuție și de grandoare. Ideația devine tot mai dezlânată și bizară. Viața interioară sărăcește. Mobilurile afective, interesul pentru semeni abia dacă se semnalează în psihismul său. Aflat la azil, el ar prefera să fie acasă, pentru că există acolo tapete colorate și nu

ziduri cenușii. Nuanțele, diferențele dispar. O țigară este pusă, din punct de vedere estetic, pe același plan cu un desen frumos. Instinctul, „forța animală", nu mai intervine, el făcând totul cu ajutorul „forței cerebrale": trebuie să raționalizeze totul, până și pofta de mâncare (raționalism morbid). Incapabil de o muncă stăruitoare, devine jucăria unor idei fragmentare care apar în spiritul său și pe care le execută pe loc, fără a se îngriji câtuși de puțin de oportunitatea lor (autism sărac).

Osatura tuturor tulburărilor observate la Paul este deci în mod incontestabil constituit de dezagregarea schizofrenică. Pe aceasta se grefează, într-un mod mai mult sau mai puțin accidental, alte manifestări morbide, cum sunt atitudinea interogativă sau „mania experimentării". Aceste manifestări sunt de natură pasageră, în timp ce dezagregarea schizofrenică progresează într-un mod continuu și duce la o stare de decădere totală.

E. Atitudini schizofrenice. Stereotipii psihice

Vom încerca să schițăm acum un tablou de ansamblu.

Tulburarea esențială a schizofreniei este constituită de pierderea contactului vital cu realitatea. Această tulburare se exprimă printr-o deteriorare a factorilor dinamici ai vieții psihice și privește înainte de toate ciclul activității personale sau dezvoltarea personalității. Rezultă de aici un deficit specific de ordin pragmatic. Autismul sărac ni-l pune în evidență în forma sa pură.

Tulburările ideației, ale afectivității și manifestărilor voliționale, din care Bleuler face simptome elementare ale schizofreniei și al căror caracter principal este discordanța, se lasă ușor deduse din pierderea contactului vital cu realitatea.

Latura deficitară a afecțiunii fiind astfel precizată, devine posibilă abordarea problemei unor manifestări de ordin reacțional. O gaură fiind făcută în psihism, acesta își mobilizează mijloacele de apărare pentru a o acoperi în măsura posibilului. În ce mod se realizează această compensație? Până aici a fost vorba de compensație, în psihopatologia schizofreniei, mai ales în sensul „sentimental" al termenului. În construcțiile sale delirante sau halucinatorii, sau în

reveria sa morbidă, bolnavul își realizează dorințele și speranțele pierdute, așa cum adesea omul o face în vise. Delirul apare deci ca o compensație a loviturilor și decepțiilor vieții. Întregul conținut al autismului bogat este foarte adesea făcut exclusiv din asemenea compensații. Această concepție, făcând din compensația afectivă factorul esențial al psihozei, duce cu ușurință la o psihogeneză a tulburărilor mentale, fără a se preocupa de modul particular în care se prezintă complexele în psihismul morbid.

Această concepție despre compensație este totuși unilaterală. Ea restrânge în mod excesiv problema. Căci, în afară de compensația afectivă și probabil chiar mai frecventă decât aceasta, intervin în afecțiunile mentale, și îndeosebi în schizofrenie, manifestări reacționale de un ordin mai „mecanic" sau, cum preferăm să spunem, deoarece studiem aici fapte psihice, de ordin *fenomenologic*. Atunci când lipsește unul dintre factorii esențiali ai vieții psihice, cei rămași intacți tind să se regrupeze spre a stabili, în măsura posibilului, un fel de nou echilibru. Acesta, deși prezintă caractere profund morbide, constituie totuși un fel de colac de salvare pentru personalitatea care se năruie. Individul caută să umple lacuna formată în el agățându-se de fenomenele de care încă mai dispune. El caută astfel să-și salvgardeze aspectul uman.

Deteriorarea factorilor dinamici poate fi însoțită de o hipertrofie a factorilor de ordin rațional și spațial. Avem aici originea raționalismului și geometrismului morbid al unor schizofrenici. Dar nu este totul. Schizofrenicul, pierzând teren, poate căuta să se agațe de alte fenomene ale vieții normale. Aceia dintre ei care, prin însăși natura lor, prezintă *reacții de retragere în raport cu ambianța*, cum sunt reveria, țâfna, regretele sau atitudinea interogativă, par în mod deosebit destinați pentru acest rol. Caracterul lor se potrivește cât se poate de bine cu tulburarea esențială a schizofreniei, care constă în *pierderea contactului cu realitatea*. Acesta este felul în care, după părerea noastră, se constituie atitudinea interogativă, ca și reveria, țâfna și regretele morbide ale unor schizofrenici și chiar ale unor schizoizi. Departe de a fi mecanisme psihologice care pot duce, prin exagerare, la dezagregarea schizofrenică, ele nu prezintă decât tentative de compensație menite să atenueze dezagregarea. Astfel ia naștere noțiunea de *atitudini schizofrenice*.

Manifestările de ordin reacțional nu reușesc însă decât rareori să compenseze în întregime leziunea sau deficitul primar. Ba chiar nu o fac deloc, atâta timp cât afecțiunea progresează. Mai mult, în pofida tendinței lor utile, hipertrofiindu-se, pot deveni ele însele un pericol pentru individ, așa cum se întâmplă cu febra în bolile infecțioase. La fel stau lucrurile în psihopatologie. Căutând să salvgardeze aspectul uman al personalității care se dezagregă și permițând stabilirea unei punți de legătură între psihismul său și al nostru, atitudinile schizofrenice participă, ca să spunem așa, la procesul schizofrenic. În consecință, după cum am și văzut mai sus, în repetate rânduri, ele se disting prin *caracterul lor abstract și apragmatic, prin sterilitatea, fixitatea și imobilitatea lor*, fiind profund morbide. Chiar și reveria, cea mai sintetică dintre atitudinile schizofrenice, sfârșește cu timpul prin a se degrada, prin a sărăci și imobiliza. Aceste atitudini nu reușesc niciodată să înlocuiască ceea ce lipsește, lucrul acesta nefiind, în fond, de resortul lor.

Văzute îndeaproape, atitudinile schizofrenice sunt deci veritabile *stereotipii psihice*. Ele se comportă, în raport cu fenomenele psihice corespunzătoare, așa cum o fac stereotipiile motorii și de atitudine în raport cu mișcările voluntare sau cu atitudinea de odihnă și relaxare. Și unele și altele sunt lipsite de vitalitate. În ambele cazuri este vorba de a se umple un gol, dar individul nu o poate face decât în modul în care îi permit circumstanțele, conferind mecanismelor puse în joc un caracter anormal, patologic. Stereotipiile schizofrenice sfârșesc prin a regla *întreg* comportamentul individului față de ambianță, ca și față de viața sa interioară.

Noțiunea de atitudini schizofrenice este susceptibilă să restrângă rolul complexelor în patogenia tulburărilor schizofrenice. Unele dintre aceste atitudini se fixează, între altele, asupra unor evenimente cu puternică încărcătură afectivă, cum o fac, de altfel, asupra oricărui eveniment banal al vieții curente. Luând drept model propriul nostru psihism, suntem în mod cu totul firesc înclinați să nu ținem seama decât de cele dintâi, văzând în ele manifestări importante ale vieții afective a bolnavului. În felul acesta, însă, în unele cazuri, cel puțin, o apucăm pe un drum greșit. Răsturnăm faptele, căutând în felul acesta să „supranormalizăm", dacă ne putem exprima astfel, manifestările unei personalități morbide. La Paul, preocupările de ordin

sexual și ideile bizare emise de el în acest domeniu nu sunt decât una din expresiile multiple ale atitudinii sale interogative, precum și ale dezagregării progresive suferite de personalitatea sa. În această constelație nu există nici un motiv de a le atribui o prea mare importanță. La fel, bolnava noastră cu regrete stereotipe regretă că s-a măritat și că a avut un amant înainte de căsătorie; o analiză mai aprofundată ne arată totuși că „tonusul" afectiv al regretelor sale nu corespunde nicidecum cu acela pe care l-ar avea regrete analoage în sufletul unui individ normal. Vedem, de asemenea, că nu sunt decât expresia unei atitudini generale a bolnavului față de propria-i viață, atitudine caracterizată de o hipertrofie a trecutului, care se manifestă de predilecție sub formă de regrete și care se referă atât la evenimente ce par importante, cât și la evenimente inconsistente. În aceste condiții, nu am putea să atribuim celor dintâi un rol patogen mai mare decât celorlalte. Toate aceste regrete, mari sau mici, sunt în fond aceleași: ele sunt ca niște frunze uscate, fără viață, neavând din frunzele vii decât forma. Cu prețul a nenumărate precauțiuni, putem încerca să le conservăm. Dar vrând neapărat să scormonim în profunzime, riscăm foarte mult să reducem totul la neant. Căutând complexe inconștiente în sufletul schizofrenicului nu facem cel mai adesea decât să alimentăm în mod inutil atitudinea sa patologică față de faptele noi pe care, deocamdată, el nu este capabil să le integreze în viața sa. Se impune să ne ferim de exagerări. Există la schizofrenici regrete stereotipe, așa după cum există la ei și declarații stereotipe care nu determină nici o detensionare, care nu marchează nici un progres. În aceste cazuri, foarte adesea, alte procedee de psihoterapie vor da rezultate mult mai bune. Explorarea complexelor refulate, ca procedeu terapeutic, presupune un minimum de integritate a personalității umane. Acolo unde acest minimum nu mai există, această explorare riscă să facă mai mult rău decât bine și trebuie să facă loc altor metode. Cunoașterea atitudinilor schizofrenice, permițându-ne să-i înțelegem mai bine pe unii schizofrenici, ne poate călăuzi în alegerea mijloacelor ce trebuie să servească la stabilirea contactului afectiv cu bolnavul. Vom vorbi despre aceasta în capitolul următor.

Atitudinile schizofrenice nu constituie nicidecum un atribut indispensabil în toate cazurile de schizofrenie. Uneori ele lipsesc

cu totul (cazul inginerului). Acolo unde există, ele pot ocupa un loc mai mult sau mai puțin important în psihismul bolnavului. Uneori ele se eclipsează în spatele altor simptome (cazul bolnavei cu regrete morbide); alteori nu au decât o natură pasageră, caracterizând o fază a afecțiunii și dispărând în cursul evoluției ulterioare (atitudinea interogativă a lui Paul). În alte cazuri, însă, atitudinile par să contribuie la crearea unui fel de echilibru. Ele îndeplinesc aici rolul de mecanisme de compensație. Afecțiunea rămâne staționară ani în șir (cazurile descrise sub denumirea de raționalism morbid, geometrism morbid, ca și formele fruste de schizofrenie descrise de Wizel)[16].

Atitudinile schizofrenice, păstrând la individ un anumit aspect uman, îi conferă o nuanță de plasticitate. Această nuanță lipsește în cazurile în care nici o atitudine nu atenuează procesul schizofrenic.

Printre atitudinile descrise mai sus putem distinge două grupe diferite. Unele seamănă cu fenomenele vieții normale de natură net afectivă, cum sunt reveria, țâfna sau regretele. Avem în acest caz de-a face cu fenomene ideo-afective, dacă îndrăznim să ne exprimăm astfel. Fiecare dintre ele cuprinde o temă ideatică, cu o tentă afectivă deosebită. Lucrurile se schimbă dacă trecem la atitudinea interogativă, la raționalismul morbid sau la atitudinea caracterizată de o hipertrofie patologică a factorilor geometrici și statici ai gândirii noastre. Schelăria acestor atitudini este constituită de fenomene de ordin pur intelectual. De aceea, ele marchează o dezagregare mai profundă a personalității umane.

În încheiere, reproducem aici, cu câteva mici modificări, concluziile formulate de noi la Congresul de la Paris, din 1925:

1. Psihopatologia schizofreniei, în afara studierii simptomelor esențiale și a complexelor, pare a trebui să cuprindă un capitol nou privitor la *atitudinile schizofrenice*.

2. Aceste atitudini nu se regăsesc în toate cazurile de schizofrenie; ele ne permit să facem distincție între formele plastice ale acestei afecțiuni și formele aplastice[17].

3. Aceste atitudini pot fi separate în mod provizoriu în două grupe: atitudinile ideo-afective și atitudinile pur intelectuale. Pe această bază ar fi posibilă o clasificare a formelor plastice.

4. Cunoașterea acestor atitudini ne permite să-i înțelegem mai bine pe unii schizofrenici. Ele ne pot ghida în căutarea de mijloace adecvate de stabilire mai lesnicioasă a contactului cu acești bolnavi.

5. Toate aceste atitudini se lasă subordonate noțiunii primare de schizofrenie. Ele se asociază cu simptome schizofrenice și tind către o stare de dezagregare specifică. Trebuie, prin urmare, incluse în domeniul schizofreniei, așa cum a fost aceasta delimitată de Bleuler. De altfel, ele participă la procesul schizofrenic și se disting prin sterilitatea, imobilitatea și rigiditatea lor. Constituie veritabile stereotipii psihice, comparabile cu stereotipiile motorii și de atitudine.

6. Aceste atitudini trebuie considerate drept reacții de apărare de natură *fenomenologică* (și nu exclusiv de natură afectivă), contra dezagregării schizofrenice.

NOTE

[1] Borel și Robin, „Les rêveries morbides“, *Annales médico-psychol.*, mars 1924.

[2] A. Wizel, „Les formes frustes de la schizophrenie“, *Annales médico-psychologiques*, mai 1926.

[3] Adrien Borel et Gilbert Robin, „Les rêveurs éveillés“, *Les Documents bleus*, Librarie Gallimard, Paris, 1925.

[4] E. Minkowski, „De la rêverie morbide au délire d'influence“, *Evolution psychiatrique*, t. II, Payot, Paris.

[5] Borel et Robin, „Les rêveries“, *loc. cit.*, pp. 248–249.

[6] Borel, „Rêveurs et boudeurs morbides“, *Journal de Psychologie*, juin 1925.

[7] Sublinierea ne aparține.

[8] Acest comportament corespunde întru totul concepției bleuleriene despre schizofrenie.

[9] Henri Claude, Robin et Roubenowitch, *loc. cit.*, și Roubenowitch, Thèse, *loc. cit.*

[10] *Op. cit.* (Nota trad.)

[11] *Annales médico-psychol.*, novembre 1925.

[12] *Annales médico-psychol.*, mai 1923.

[13] Din acest punct de vedere, bolnavul nostru seamănă în mod uimitor cu „geometrul" morbid descris în capitolul II. Este de notat faptul că Paul este el însuși preocupat exclusiv de obiecte și nu de persoane.

[14] Din motivele expuse mai sus, mi se pare preferabil să vorbim, în cazul studiat, de atitudine interogativă și nu de obsesii interogative. Amintesc aici memoriul lui Raymond și Arnaud, „Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements", *Annales médico-psychologiques*, 1892.

[15] H. Claude, E. Minkovski et M. Tison, „Contribution a l'étude les mécanismes schizophréniques", *Encéphale*, janvier 1925.

[16] A. Wizel, *loc. cit.*

[17] Această distincție este superpozabilă pe aceea a autismului bogat și autismului sărac.

Capitolul V

VALENȚA TERAPEUTICĂ A NOȚIUNII DE SCHIZOFRENIE

A. Schema criticilor „ratate" formulate contra schizofreniei

Un tânăr confrate critică în teza sa, cum este la modă, noțiunea de schizofrenie. El începe cu următoarea anecdotă:

La un congres se reunesc o serie de alieniști. Unul dintre ei prezintă tabloul clinic al unui bolnav. Este vorba de un paranoic care, după ce și-a sistematizat delirul, a prezentat un episod halucinator cu agitație, părând acum să meargă spre o ameliorare sau chiar spre vindecare. Congresiștii discută cazul. Unii susțin că este vorba de un delir cu eclipsă, alții de o psihoză circulară la un paranoic, iar alții de asocierea unor episoade maniace la un delir de interpretare. Toți cad de acord în ceea ce privește proclamarea importanței unui diagnostic precis, din punctul de vedere atât al pronosticului, cât și al medicinei legale. În acel moment se scoală un psihiatru și spune: „Domnilor, ezitările dumneavoastră sunt uluitoare. Pentru noi, elevii lui Bleuler, este în mod evident un caz de schizofrenie." Iar confratele nostru, autorul tezei, conchide: „Această anecdotă, scrupulos exactă, pare să emită o judecată fără drept de apel asupra valorii practice a concepției bleuriene."

Scena se petrecea în 1923, la Congresul din Besançon, iar psihiatrul incriminat nu era altul decât doctorul Repond. Nu ezit să-i dau numele. În locul său aș fi vorbit la fel, fără ca prin aceasta să expun

concepția bleueriană la riscurile și pericolele despre care vorbește confratele nostru.

Să-mi fie permisă o comparație. Un lucrător este așezat în fața unei grămezi de pietre prețioase și le triază. Separând rubinele, safirele, smaraldele, diamantele, perlele etc., el formează grămezi mai mici, fiecare din ele reunind pietrele de aceeași culoare și de aceeași formă. Intră patronul, își aruncă ochii pe treaba făcută și spune: „Da, toate bune și frumoase, dar ar fi trebuit mai întâi separate pietrele false de cele adevărate." De data aceasta nu vor exista decât două grămezi, dar nimeni nu ar putea nega importanța lor. Comportamentul nostru va fi total diferit față de fiecare dintre ele. Citez acest exemplu nu pentru a-i spune confratelui nostru că a amestecat în clasificarea sa pietrele false cu cele autentice, ci exclusiv ca să arăt că uneori două grămezi mari pot avea, în ceea ce privește comportamentul față de ele, o importanță egală, dacă nu cumva mai mare decât un șir de grămezi mici. Totul depinde de punctul de vedere adoptat, dar în nici un caz nu i-am putea reproșa concepției lui Bleuler absența de valoare practică.

Confratele la care ne-am referit, însă, nu și-a dat osteneala să cerceteze latura practică în opera lui Bleuler. Vrând s-o deprecieze, el își simplifică mult sarcina. El vede în „școala de la Zürich, a lui Bleuler", mai ales produsul conjuncției a două curente: psihanaliza, pansexualismul lui Freud, pe de o parte, și fenomenologia lui Husserl, pe de altă parte.

Lucrările lui Freud au exercitat, fără nici o îndoială, o mare influență asupra lui Bleuler, ceea ce recunoaște el însuși, în prefața la cartea sa despre schizofrenie. Dar psihanaliza singură este departe de a epuiza opera eminentului alienist zürichez. Chiar dacă recunoștea rolul complexelor în patogenia simptomelor schizofreniei, cum am văzut, totuși el nu a admis niciodată teoria psihanalitică, în sensul strict al cuvântului, cu privire la această afecțiune, teorie care caută să reducă, întocmai ca și pentru psihonevroze, etiologia la o traumă din copilărie și la o „arierație afectivă"[1] ce ar rezulta de aici. Complexele determină pentru Bleuler conținutul simptomelor, explică anumite reacții particulare ale bolnavului, dar nu constituie pentru el cauza eficientă a schizofreniei. Ca să folosim o metaforă, complexele umplu vidul creat de tulburarea

inițială, dar sunt incapabile să-l creeze ele singure. Există apoi întreg „restul", tot ceea ce concepția lui Bleuler conține nou și important, în afara factorilor psihanalitici. Am și insistat destul de mult asupra acestui aspect și mi se pare inutil să revin. Tocmai acest „rest" pe care unii preferă să-l considere, probabil din inerție, ca fiind total neglijabil, ne explică de ce vederile lui Bleuler și acelea ale psihanalizei sunt, cu timpul, din ce în ce mai divergente. Evoluția noțiunii de schizofrenie, pe care am prezentat-o în capitolele precedente, ne-o demonstrează într-un mod din ce în ce mai convingător. Credem că am spus în această privință lucruri demne cel puțin de un examen atent și, totuși, aproape că nu a fost vorba de psihanaliză.

Cât privește fenomenologia, credem că putem afirma cu certitudine că Bleuler a ignorat cu totul opera flosofică a lui Husserl în momentul în care își scria cartea despre schizofrenie. Iar mai târziu[2] a formulat întotdeauna rezerve referitoare la aplicarea acestei metode la fenomenele psihopatologice. Dintre elevii direcți ai lui Bleuler, numai eu și L. Binswanger am încercat să facem o asemenea aplicație. Dar de ce să-l facem pe magistrul nostru responsabil de rătăcirile noastre, dacă se poate vorbi de așa ceva?

Confratele nostru o face, deoarece se pare că el nu vrea să vadă în opera lui Bleuler decât ceea ce îi convine să vadă. Să ne ierte dacă refuzăm să-i recunoaștem criticii sale orice valoare obiectivă. Căci sunt greu de admis concluzii de felul: „În această privință, concepțiile bleuleriene sunt oarecum ca geometriile noneuclidiene promovate de matematicienii-filosofi din ultimii ani. Superbe monumente de logică, instrumente penetrante de raționament metafizic, ele nu ne sunt de nici un ajutor la construcția celei mai modeste colibe."

În ceea ce mă privește, trebuie să spun că dacă rolul magistrului meu ar fi constat realmente în elaborarea unei psihiatrii „noneuclidiene", faptul acesta nu ar fi scăzut cu nimic admirația mea pentru el. Căci, să nu uităm, geometria lui Lobacevski[3] nu este un simplu joc al spiritului, ci exprimă o trăsătură de geniu, care proiectează o lumină puternică asupra fundamentelor înseși ale cunoașterii umane. Ea ne învață, de asemenea, să fim ceva mai modești în fața adevărurilor așa-zis absolute. În psihiatrie, evident

păstrând proporțiile, idei analoage nu ar fi cu totul lipsite de valoare. A ne înclina în fața „faptului observat" este bine, dar a încerca să vedem modul în care acest pretins fapt a fost izolat de către spiritul nostru din ansamblul realității dinamice, a-i determina originea și limitele, a te întreba dacă aceeași „sferă" de fapte n-ar putea fi abordată și într-un mod cu totul diferit este cu mult mai bine. În calitate de psihiatri, suntem și vom rămâne în primul rând clinicieni. Dar, din moment ce profesia noastră ne face să studiem fenomene psihopatologice, adică fenomene care sunt legate de activitatea psihică și spirituală a omului, nu avem oare datoria să extragem din ele tot ceea ce conțin ele valoros pentru cunoașterea umană în general? Știința nu poate urmări un scop exclusiv practic, caz în care și-ar schimba tot aurul ei cu arama. În realitate ea este animată de un cu totul alt spirit. Tocmai înălțându-se deasupra sferei intereselor sale practice reușește ea să găsească, într-un avânt viguros către ceruri, ideile sale noi și „abstracte", marile sale adevăruri. Nu se poate ca acestea să nu se dovedească, mai devreme sau mai târziu, de o mare valoare practică, chiar fără a ne preocupa în mod cu totul deosebit de aceasta. Importanța practică nu este nici scopul, nici singurul criteriu al științei, ci o umbră fidelă, care însoțește toate progresele sale și care n-ar putea fi absentă nici măcar acolo unde n-o putem zări de la prima privire. O căutătură spre cer se îndreaptă de la sine către pământ; dacă, dimpotrivă, renunțăm din capul locului la orizontul celest, nu mai putem păși pe căile terestre, cum cu trufie se pretinde, ci coborâm la un nivel și mai scăzut, neproducând decât lucruri *„terre-à-terre"*.

Cu toate acestea, se cuvine ca psihiatrul care citește aceste rânduri să nu-și piardă calmul. Noțiunea de schizofrenie nu are în ea nimic dintr-o geometrie noneuclidiană. Importanța sa practică apare numaidecât. Azilul din Zürich a devenit, datorită lui Bleuler, centrul unei puternice mișcări terapeutice și profilactice, atât de ordin social, cât și individual. Fapt pe care nu l-am putea trece azi cu vederea. Nici n-am putea-o face, dacă vrem realmente să ne facem o idee justă cu privire la opera lui Bleuler. Nu mai este vorba de o „modestă colibă", ci de construcția unui „palat somptuos" și trebuie să fii orb sau să închizi în mod intenționat ochii ca să nu-l

vezi. Tocmai despre acest palat vrem să spunem acum câteva cuvinte; o expunere detaliată ne-ar cere un întreg volum.

B. Dimensiunea terapeutică a noțiunii de schizofrenie

Conceptele nosologice pot avea în psihiatrie prin ele însele o valoare terapeutică. Această afirmație pare paradoxală. Totuși, nu este.

Noțiunile pur sindromice, cum este, de exemplu, delirul halucinatoriu cronic, se bazează pe simptomele izbitoare ale alienației mentale: halucinațiile și ideile delirante. Ele pun astfel pe primul plan manifestări la care, aproape prin definiție, nu avem acces direct. Una din trăsăturile esențiale ale ideilor delirante nu constă oare în faptul că ele se arată a fi inaccesibile pentru raționament? Evident, lucrul acesta nu micșorează cu nimic importanța clinică a acestor noțiuni și nu exclude nicidecum *a priori* orice efort terapeutic. Totuși, acest efort nu va putea consta decât în încercări făcute, ca să zicem așa, orbește, noțiunile ca atare neconținând nici o indicație din acest punct de vedere.

Pe de altă parte, noțiunea de demență, în înțelesul de *pierdere ireparabilă* a capacităților psihice, are darul de a paraliza orice tentativă terapeutică. O asemenea tentativă nu poate decât știrbi suveranitatea tiranică a acestei noțiuni, suveranitate care de atâta timp zdrobește sub greutatea sa psihiatria practică.

Să vedem acum, din acest punct de vedere, cum se prezintă noțiunea de schizofrenie. Ideea e demență este izgonită de aici și, de asemenea, se face abstracție de tulburările izbitoare ale alienării mentale. În locul lor găsim ideea de proces mental subiacent, care se manifestă prin simptome elementare particulare. Aceste simptome, departe de a fi semnele unei distrugeri ireparabile a capacităților psihice, constau mai degrabă într-o deviație, dintr-o dereglare a acestora, determinată de pierderea contactului cu realitatea. În acest sens am putut spune că schizofrenia este o maladie de *direcție*.

Noțiunea de pierdere a contactului cu realitatea implică ideea posibilității restabilirii acestui contact, fie în întregime, fie cel puțin

parțial. Ni se va obiecta, însă, că ideea unei retrocesiuni posibile a tulburărilor observate încă nu ne spune mare lucru, deoarece nu ne arată în ce mod am putea contribui la aceasta. Această obiecție este valabilă pentru afecțiunile somatice. Lucrurile au alt aspect în psihiatrie. Aici avem în fața noastră nu numai bolnavul, ci întreaga ființă umană. Facem parte noi înșine din acea ambianță în care trăiește și evoluează bolnavul. Constatând că nu avem contact afectiv cu schizofrenicul, nu înseamnă aceasta că ar trebui să încercăm să-l stabilim? Fără a intra în detalii (cum vom face mai departe), să spunem aici că însuși faptul de a-l aborda pe bolnav ca pe un individ *care se poate vindeca* influențează – fără ca noi să ne dăm clar seama de lucrul acesta – întreaga noastră atitudine față de el, influențează personalul, familia, întregul anturaj, tinzând astfel să diminueze acea forță ostilă care este pentru bolnav realitatea, de care el se îndepărtează tot mai mult. Orice psihiatru, în cursul carierei sale, a făcut mai mult decât o dată constatarea că, din momentul în care își consideră bolnavul a fi incurabil, sau după tentative infructuoase, el „abandonează partida", devenind altul în raport cu acest bolnav. Una din coardele care se întind de la om la om încetează să mai vibreze în el, stingându-se pe un ton elegiac. El nu mai are în fața sa decât un *alienat*, iar acesta, dacă este un schizofrenic, se scufundă tot mai mult în autismul său. *În psihiatrie, noțiunea de curabilitate poate avea prin ea însăși o valoare curativă.* Lucrurile stau așa ca o consecință a conceptelor nosografice care ne permit să examinăm tulburările mentale din punctul de vedere al reversibilității lor.

Noțiunea de schizofrenie deschide în fața noastră această perspectivă pentru o foarte întinsă grupă de maladii. Ne găsim aici, poate pentru prima oară în psihiatrie, în prezența unei noțiuni care *cuprinde nu numai simptomele bolnavului, ci și atitudinea noastră față de el, precum și o indicație asupra conduitei pe care trebuie s-o avem în legătură cu el, atât ca psihiatri-terapeuți, cât și mai ales ca psihoterapeuți*. Putem susține același lucru, în medicina mentală, poate cel mult despre noțiunea de pitiatism[4], noțiune care, în practică, se referă mai degrabă la geneza și dispariția a diverse simptome decât la fondul mental care le condiționează, pe când, dimpotrivă, noțiunea de schizofrenie vizează în primul rând fondul

mental. Și, la urma urmei, niciodată nu a fost vorba de demență în cazul isteriei. În consecință, n-ar putea fi aici vorba de un teren recucerit prin efortul psihoterapeutic, în sensul cel mai larg al termenului.

Iată de ce suntem încredințați că schizofrenia marchează în psihiatrie o *veritabilă etapă: ea îl eliberează nu numai pe alienat, ci și pe alienist de lanțurile care le-au fost amândurora impuse timp îndelungat de noțiunea de demență.*

Vedem astfel că *trebuința terapeutică* devine, mai mult sau mai puțin inconștient, *un factor și un criteriu al clasificării maladiilor mentale.*

Întreaga discuție suscitată de noțiunea de schizofrenie ar trebui, în fond, să se inspire din acest punct de vedere. Dar nu acesta este câtuși de puțin cazul. Numeroși sunt cei care, credincioși tradiției, preferă să lase cu totul de-o parte acest aspect important al problemei. Incurabilitatea nu era oare unul dintre semnele esențiale și distinctive, stabilite o dată pentru totdeauna, de către predecesorii noștri, pentru noțiunea de paralizie generală? Nu trebuia ea să rămână astfel pentru noi un *noli me tangere*?[5] Mă gândesc, pe de altă parte, câtă energie s-a cheltuit pentru criticarea operei lui Freud și cât de puțin s-a ținut seama de efortul terapeutic care a fost unul din punctele ei de plecare și unul din criteriile esențiale. (Pot argumenta aici în felul acesta, cu atât mai mult cu cât sunt departe de a împărtăși toate concepțiile lui Freud.) Nu e deloc de mirare că noțiunea de schizofrenie a avut de învins aceeași inerție.

Adversarii săi nu ostenesc să-i reproșeze că este prea extensivă. Să fie oare mai științifică mânuirea a numeroase etichete?

Cu toate acestea, conceptul de schizofrenie, făcând apel în mod direct nu numai la spiritul nostru, ci și la activitatea noastră, este subordonat altor criterii. Există noțiuni bune și practice întrucât ne permit orânduirea faptelor observate, dar există și noțiuni care nu pot să nu fie adevărate din moment ce ne deschid în față un nou câmp de activitate. Este tocmai cazul schizofreniei. Pe de altă parte, simțul nostru pragmatic nu caută – contrar gândirii discursive – rubrici clar delimitate, ci se acomodează la aparentele imprecizii, fiindu-i suficiente câteva linii mari. Îi trebuie câteva puncte de orientare, după care intuiția îl va ajuta să-și croiască drumul. Atitudinile noastre față de alienat, ca și față de omul normal, în calitate de

individ pe care îl putem înțelege, ajuta și orienta, în sensul cel mai larg al termenului, sunt de altfel nu prea numeroase. Clasificările, bazate pe varietățile posibile ale acestor atitudini, sunt astfel poate dinainte condamnate, prin forța lucrurilor, să rămână sărace, dar fără să aibă mai puțină valoare. Acesta este cazul, credem, cu cele două mari grupe opuse din domeniul psihozelor endogene, anume grupa tulburărilor de natură sintonă (nebunia maniaco-depresivă) și tulburările de natură schizoidă (schizofrenia). Ambele țin seama de factorii importanți despre care am vorbit, așa încât opoziția lor, în pofida schematismului vizibil, ne poate aduce mari servicii. Fiecare dintre ele indică o poartă de intrare prin care putem pătrunde în psihismul bolnavului, iar amândouă valorează poate mai mult decât un întreg culoar cu ușile corect numerotate de la 1 la 100, dar având pe fiecare dintre ele inscripția „demență" sau „intrarea oprită". Departe de a fi o simplificare a clasificării noastre, opoziția acestor două grupe, dimpotrivă, deplasează orice problemă și pune în valoare orice efort al psihiatriei contemporane de a deveni, prin însăși natura acestor noțiuni fundamentale, o psihiatrie psihoterapeutică.

S-a mers până acolo încât să se spună că schizofrenia, dată fiind extensiunea termenului, devine sinonimul nebuniei. Ceea ce este exact, totuși cu deosebirea că „nebun" înseamnă nebun și nimic altceva, pe când „schizofrenic" înseamnă susceptibil de a fi înțeles și călăuzit de noi. Aproape că s-ar dori în prezent ca „schizofrenie" să devină realmente sinonimul nebuniei. Perspectiva unei activități terapeutice interesează însă mai mult decât bogăția terminologiei folosite.

O clasificare a schizofreniilor nu ni se pare, de altfel, nicidecum superfluă. Dimpotrivă, este o sarcină a viitorului. Orice tentativă în direcția unei clasificări va trebui totuși să se inspire din principiul care a guvernat însăși geneza noțiunii de schizofrenie. Am căutat să punem câteva jaloane în această direcție. În așteptarea putinței de a face mai bine, n-am dori pentru nimic în lume să abandonăm nici o parcelă a schizofreniei, fie și în sensul cel mai extins și schematic al termenului, în favoarea altor clasificări, oricât de bogate și de variate ar putea ele să pară, iar dacă nu am dori-o este tocmai din cauza „caracterului terapeutic" al acestei noțiuni.

C. Aplicații practice

Evident că Bleuler nu a așteptat ca unul dintre elevii săi, căruia el nu a încetat să-i reproșeze – pe un ton părintesc, de altfel – o turnură de spirit prea filosofică, să vină să-i reveleze caracterele ascunse ale concepției sale. Împreună cu colaboratorii săi, el s-a pus pe treabă și așa a apărut „coliba" pe care unii se încăpățânează să n-o vadă. Cu atât mai rău pentru ei.

Bleuler este totuși departe de a fi un entuziast. Rareori am văzut un savant mai prudent în afirmațiile sale. Această prudență merge până la scepticism. În monografia sa, el începe în felul următor capitolul consacrat terapeuticii: „Tratamentul schizofreniei este unul dintre cele mai fructuoase și interesante pentru medicul care nu atribuie propriului său merit cazurile de vindecare cu totul spontană a acestei psihoze." Formulă decepționantă, dar care include noțiunea de schizofrenie. Caracterul terapeutic al acesteia nu se putea să nu aibă legătură cu scepticismul magistrului. Opera realizată ulterior stă mărturie. Tocmai această operă ne-a incitat să vorbim, în paragraful precedent, despre caracterul terapeutic al noțiunii bleuleriene. Bleuler însuși nu face caz de aceasta. Dar elevii săi nu sunt, oare, mai bine plasați pentru a arunca o privire de ansamblu asupra operei magistrului care, în efortul său creator, este incapabil să distingă cu claritate sursele profunde ale gândirii sale? Rolul bunilor comentatori nu este, oare, descoperirea surselor?

Nu am putea enumera aici toate măsurile practice determinate de noțiunea de schizofrenie, ceea ce ar depăși cu mult tema acestei cărți. Drept urmare, ne vom limita să indicăm pe scurt câteva dintre ele, punând în prim-plan măsurile de ordin colectiv, social, care au fost puse în valoare de noțiunea bleuleriană și care au modificat profund întreaga asistență acordată schizofrenicilor.

A fost creat un *dispensar psihiatric*, unul dintre primele din Europa. Și tocmai la Zürich a luat ființă acest organ important de asistență modernă pentru alienați și psihopați, la Zürich unde, cum spun gurile rele, schizofrenia a luat asemenea proporții încât n-a mai lăsat loc pentru alte psihoze. Nu putea fi vorba de o simplă coincidență. O legătură strânsă există în mod necesar între noțiunea de schizofrenie a lui Bleuler și trebuința de a extinde activitatea

psihiatrică dincolo de zidurile azilului. Nu ne este greu să descoperim această legătură. Dispensarul este inutil acolo unde nu poate fi vorba decât de a constata demențe sau deficite ireparabile sau unde se așteaptă vindecări spontane. Rațiunea sa de a fi are drept condiție prealabilă o remaniere a noțiunilor psihiatrice, remaniere capabilă să deschidă perspective terapeutice. Atâta vreme cât bolnavii de demență precoce erau „dementi" ei nu aveau ce face la dispensar. Ca schizofrenici ei pot beneficia în mare măsură de acesta, din moment ce este vorba de indivizi care, fără a-și pierde nici una din funcțiile esențiale, prezintă exclusiv o activitate discordantă și dizarmonică a acestora, indivizi care, cum spuneam, și-au pierdut contactul vital cu realitatea. Este interesant să amintim aici că, în Franța, Liga de igienă mentală, precum și Serviciul de profilaxie mentală au fost create de Toulouse[6], care, împreună cu Mignard, a introdus anterior noțiunea de autoconducere și a insistat asupra reversibilității tulburărilor mentale. Nu poate fi vorba aici de o simplă coincidență. Opera lui Toulouse, impregantă, ca și aceea a lui Bleuler, de ideea de curabilitate a tulburărilor mentale, nu putea să nu ducă, mai devreme sau mai târziu, la aceleași rezultate practice.

Dispensarul din Zürich devine rapid, sub impulsul lui Bleuler și al lui H.W. Maier, o instituție model. Cifra consultațiilor, cât și numărul bolnavilor tratați au crescut cotinuu.

Plasamentul familal devine, de asemenea, un factor tot mai important în tratamentul schizofrenicilor. Luând o extensie mereu mai mare, acest plasament schimbă în același timp aspectul a ceea ce a fost sau a ceea ce încă mai este tratamentul în unele țări. Nu este vorba doar de a „caza" în afara azilului câțiva „dementi" inofensivi, ci în primul rând de a aplica o măsură terapeutică tuturor celor care pot să beneficieze de ea. Schizofrenicul fuge bucuros de realitate și se refugiază în autismul său. O ședere prelungită la azil nu este câtuși de puțin indicată pentru el. El se adaptează la azil și se stereotipizează. Plasamentul familial combate în mod eficace această tendință. Fără a-l reda grabnic pe bolnav vieții curente, el îi dă posibilitatea să se adapteze la aceasta, într-un cadru adecvat, la o viață restrânsă, ce-i drept, dar mult mai apropiată de viața normală decât azilul.

Terapia prin muncă secondează aceste eforturi. Astăzi aceasta dispune și ea de o bază psihologică. Detașat de devenirea ambiantă, schizofrenicul are nevoie de cadre fixe care să-i permită o ancorare. Numai o muncă regulată poate oferi asemenea cadre. „Sarcina noastră constă în a alege un moment favorabil spre a face o breșă în autismul în care se îngroapă schizofrenicul, împiedicându-l să recadă în el. Cel mai bun mijloc pentru aceasta este în mod cu totul firesc munca; nu o muncă mașinală și proscrisă în mod schematic, ci o ocupație adaptată la individualitatea bolnavului și care să țină seama de deprinderile și gusturile sale."[7] În consecință, vedem aplicându-se terapia prin muncă, în mare măsură, nu numai în aziluri, ci și în casele de sănătate cele mai luxoase. *Este unul din mijloacele de care nu s-ar putea lipsi tratamentul rațional al schizofrenicilor.*

Cu toate acestea, asemenea măsuri nu epuizează rolul psihiatrului. Schizofrenicul, după cum am spus, se stereotipizează, se imobilizează în reacțiile sale, în atitudinile sale, în modul său de a fi. Îi vine greu să le abandoneze, să iasă din ele. Pare deci inutil să așteptăm ca el să le modifice spontan. Dimpotrivă, o intervenție a medicului, la momentul potrivit, dă uneori rezultate surprinzătoare. Căci dacă schizofrenicul este cel mai imobil, cel mai tenace dintre bolnavi, el este, de asemenea, și acela care, mai mult decât alții, posedă capacitatea de a trece pe neașteptate de la o stare la alta, de a transforma reacțiile sale morbide în comportament aproape normal.

A. Repond ne vorbește despre o infirmieră pe care a trebuit s-o trateze pentru o criză de catatonie acută. Această criză dura de două luni; din cauza reacțiilor ei violente, a fost necesară izolarea bolnavei. Nici un semn nu permitea prevederea unei remisiuni apropiate. Legătura afectivă cu medicul era totuși bună. Într-o zi Repond a avut nevoie de o infirmieră pentru garda de noapte. Cu titlu de experiență, a întrebat-o pe bolnavă dacă nu dorea să-și asume această sarcină. Reacția a fost surprinzătoare. De la o secundă la alta bolnava s-a calmat, iar în aceeași seară a ieșit din „celula" ei ca să-și preia serviciul. Inutil să spunem că a fost supravegheată. Supravegherea s-a dovedit, de altfel, absolut nenecesară. Criza, totuși, nu s-a terminat. Bolnava și-a făcut foarte bine serviciul de noapte, s-a

ocupat cu devotament de ceilalți bolnavi, a redactat observațiile din raport; pe scurt, a făcut toate serviciile unei excelente infirmiere, dar dimineața, de îndată ce și-a dezbrăcat bluza de infirmieră, a redevenit aceeași catatonică agitată și a cerut ea însăși să fie izolată.

Devine deci o datorie a medicului să încerce să facă o breșă în reacțiile schizofrenicilor. Eșecurile nu trebuie să-l descurajeze. Fără a obosi, va trebui s-o ia mereu de la capăt, iar mai devreme sau mai târziu, în cele mai multe cazuri, va reuși, cu condiția de a avea intuiția necesară. Orice schimbare este de luat în considerare din acest punct de vedere. Uneori devine posibilă scoaterea bolnavilor din baia continuă sau din camera de izolare și trimiterea lor direct la plimbare. Transferurile dintr-un cartier în altul și chiar de la un azil la altul, în cazurile rebele, sunt de luat în considerare. În sfârșit, *externările precoce*, preconizate și realizate mai ales de către A. Repond, dau adesea rezultate neașteptate și excelente[8].

Același principiu, care constă în a curma neapărat fixitatea reacțiilor schizofrenicilor, guvernează și administrarea de agenți medicamentoși. Școala din Zürich pune rezultatele favorabile obținute în unele cazuri – rezultate de altfel inconstante – pe seama nu a proprietăților farmacodinamice ale medicamentelor folosite, ci pe seama modificării întregii *situații psihologice*, care are loc în consecință. Provocând, de exemplu, accese de febră (malarioterapie), ori cufundând bolnavul într-o stare de narcoză mai mult sau mai puțin prelungită (somnifer), agenții medicamentoși transformă, pentru o anumită perioadă de timp, bolnavul mental în bolnav somatic. Faptul că personalul este obligat să-i acorde bolnavului îngrijiri speciale, asociat cu măsuri adecvate, cum este schimbarea de mediu sau o psihoterapie mai activă, reușesc să distrugă cercul magic și fără ieșire în care se zbate schizofrenicul. Evident, această interpretare pare de la bun început îndoielnică. Dar pentru oricine cunoaște cât de cât psihologia schizofrenicilor, ea nu ar putea fi ignorată. Dimpotrivă, pare extrem de plauzibilă. De altfel, rolul cu totul secundar al agentului medicamentos utilizat, inconstanța rezultatelor, necesitatea de a asocia la tratament măsuri psihoterapeutice, dacă dorim să reușim, pledează în favoarea acestei concepții[9].

Noțiunea de schizofrenie a lui Bleuler face de asemenea, în mod evident, în domeniul tratamentului schizofreniei, un loc important analizei psihologice[10]. Ea îi impune în același timp limite, mai ales acolo unde această analiză tinde să se transforme într-o doctrină prea rigidă. Medicul va căuta, într-un mod cu totul firesc, acolo unde va fi posibil, să scoată în relief complexele care prezidează anumite simptome și va reuși să le facă să dispară. Va căuta să descopere în același fel dorințele ascunse ale bolnavului și mai ales tendințele de vindecare, încă active în el, servindu-se de ele în opera sa terapeutică. Făcând însă lucrul acesta, nu va neglija celelalte mijloace de tratament ce decurg din concepția modernă cu privire la schizofrenie. În multe cazuri, din cauza stării bolnavului, din cauza agitației și negativismului acestuia, o analiză psihologică ceva mai aprofundată nu este câtuși de puțin posibilă. Reușim totuși și în aceste cazuri, cu ajutorul altor mijloace, după cum am văzut, să înfrângem fixitatea atitudinilor și reacțiilor schizofrenice și să stabilim un contact cu bolnavul. Experiențele terapeutice, făcute în acest mod, nu se poate să nu influențeze însăși conduita noastră față de cazurile mai ușoare. În toate cazurile avem de-a face cu aceeași afecțiune: schizofrenia. În consecință, medicul va trebui să se pună în gardă contra pericolelor pe care le prezintă, în acest domeniu, orice aplicație doctrinală, exclusivă și excesivă, a unei metode terapeutice, oricare ar fi aceasta. El nu va uita că are de-a face cu un schizofrenic și va evita să opună rigidității atitudinii acestuia rigiditatea propriei doctrine. Se va întreba în fiecare moment în ce măsură personalitatea deficitară a bolnavului este capabilă în prezent să integreze în viața sa complexele pe care le-ar putea scoate în evidență analiza. Drept urmare, fără a se limita la o metodă unică, va pune la lucru toate mijloacele capabile să restabilească esențialul contact afectiv cu bolnavul și reducerea în felul acesta a autismului său. Se va strădui să-și facă o idee exactă despre întreaga situație psihologică. Fără a se limita la inconștient, în aprecierea sa va face un loc important forțelor conștiente, oricât de morbide ar putea acestea să pară. O conversație este uneori de preferat unei analize savante; aceasta nu va întârzia să-și arate efectele. Totul este aici problemă de tact și de măsură. Foarte adesea este bine să te lași călăuzit în această sarcină de către intuiția fecundă și creatoare, iar

uneori nu se va putea spune exact prin ce procedeu s-a ajuns la rezultatul dorit. Căci, poate mai mult decât toate măsurile speciale despre care am vorbit, în tratamentul schizofrenicilor intervine acea orientare generală care emană direct din caracterul terapeutic al noțiunii de schizofrenie. Nu-l mai abordăm pe schizofrenic ca pe un dement, spre a asista ca spectatori impasibili la evoluția fatală a bolii sale; vedem acum în el pe drept cuvânt un „schizofrenic", adică un individ care rupe legăturile cu ambianța și a cărui atitudine vicioasă poate fi combătută. Prin comportamentul nostru față de el credem că putem face ceva pentru dânsul, iar acest mod de a vedea are prin el însuși un efect curativ. Spiritul nostru de precizie nu va întârzia să găsească vagă și insuficientă această formulă. Dar nu trebuie să uităm că insesizabile coarde, care nu se lasă descrise prin cuvinte, se întind de la om la om și, de asemenea, de la medic la bolnav. Intuiția le va găsi pe acelea care încă sunt intacte, va căuta să le acordeze pe cele care sună fals, ba chiar nu va ezita să le întindă din nou pe cele care par pentru totdeauna rupte și, fără a se lăsa descurajat de notele dizarmonice și scârțâitoare de la început, va izbuti să scoată din vioara spartă un cântec lent, dar melodios. Pentru aceasta, însă, este necesar ca tu însuți în primul rând să crezi în posibilitatea acestei măsuri. „Dacă nu agreăm scepticismul terapeutic în tratamentul schizofreniei, este pentru că această atitudine nu este nicidecum indiferentă în ceea ce privește rezultatele tratamentului. De fapt, cu toții știm cât de ușor pot fi influențați schizofrenicii, în bine și mai ales în rău, prin sugestiile active sau pasive ale mediului, ale anturajului etc. Pe de altă parte, este absolut evident că scepticismul terapeutic al unui director de stabiliment va avea ecou în mod necesar asupra întregii instituții, mai ales asupra colaboratorilor și personalului infirmier. *Spiritus loci*[11], ca să vorbim ca Bleuler, va fi în felul acesta modificat, iar ecoul imediat asupra bolnavilor nu se va lăsa deloc așteptat. Este, de altfel, un postulat evident acela care spune că, spre a exercita o sugestie eficientă, trebuie mai întâi tu însuți să crezi în ea; urmează de aici clar că un psihiatru care nu crede în propria-i terapie va fi privat, în tratamentul schizofrenicilor, de mijloacele cele mai sigure și mai active pe care le posedă" (Repond).

În psihiatrie, mai mult decât altundeva, avem nevoie nu numai de cunoștințe, ci și de entuziasm și credință.

Autismul și, împreună cu el, schizofrenia se lasă în fond cultivate ca isteria, dar, ca să zicem așa, în sens invers. Mult va depinde de propria noastră atitudine. Rezultatele obținute stau mărturie despre justețea acestei remarci. Desigur, la Zürich, tot atât de puțin ca și în altă parte, nu se cunoaște tratamentul cauzal, un tratament infailibil al schizofreniei. Totuși, această afecțiune a devenit, sub impulsul lui Bleuler, o afecțiune *curabilă*, adică accesibilă activității noastre terapeutice, atât colective, cât și individuale. Iar acum, când avem posibilitatea să aruncăm o privire de ansamblu asupra operei realizate într-o perioadă îndelungată, grație unor eforturi permanente, nu am putea califica aceste cuvinte ca fiind himere. Numărul de schizofrenici ameliorați, redați vieții sociale, este considerabil. În alte condiții, ei nu ar fi făcut probabil decât să se cufunde tot mai mult în autismul lor. Chiar și în cazurile grave reușim uneori să-l adaptăm pe bolnav la viața din afara azilului. Avantaje apreciabile, atât de ordin medical, cât și bugetar, rezultă de aici, atât pentru bolnav, cât și pentru comunitate. În sfârșit, cât privește stările terminale, acele produse artificiale ale unei izolări prelungite, acei bolnavi care, fixați în atitudini stereotipe, ocupau sălile azilurilor, au dispărut aproape în întregime. Bleuler se plânge chiar, la lecțiile sale de clinică, de faptul că nu le mai poate arăta elevilor săi exemple ilustrative.

Prin prisma acestor rezultate, ar fi nimerit să se renunțe definitiv la a se vorbi de „*demență*" precoce acolo unde, în realitate, nu avem de-a-face decât cu schizofrenia. Căci în prezent *unitatea efortului terapeutic* strânge și mai mult legăturile dintre diversele varietăți de schizofrenie, de la cazurile cele mai ușoare și până la cele mai grave, varietăți care, la o primă privire, par atât de disparate. Tocmai acest efort terapeutic și rezultatele obținute ne vor face să reflectăm de două ori înainte de a detașa din edificiul lui Bleuler cea mai mică parcelă. La urma urmei, ele sunt cele care determină admirația noastră pentru opera magistrului, operă care depășește cu mult limitele unei simple colibe și care, sub ochii noștri, se transformă într-un palat somptuos, plin de bogății, ca și de tezaure încă nedescoperite.

NOTE

[1] A se vedea, în limba franceză: H. Codet et R. Laforgue, „Les arriérations affectives: la schizonoia“, *Évolution psychiatrique*, Payot, Paris, 1925; Ed. Pichon et R. Laforgue, „La névrose et le rêve: la notion de schizonoia“, și R. Laforgue, „Rêve et schizonoia“, în R. Laforgue, „Le rêve et la psychanalyse“, *loc. cit.*

[2] A 63-a reuniune a Societății psihiatrice elvețiene, Zürich, noiembrie 1922.

[3] Nikolai Ivanovici Lobacevski (Makarev, în apropiere de Nijni Novgorod, 1792–Kazan, 1856), matematician rus care a imaginat o geometrie neeuclidiană, căreia i-a dat numele de „geometrie hiperbolică“, iar mai târziu numele de „pangeometrie“. (Nota trad.)

[4] Ansamblu de tulburări somatice determinate de sugestie sau autosugestie, proprii îndeosebi istericilor. După J. Babinski, care a creat termenul, întreaga simptomatologie a istericilor este simulație. (Nota trad.)

[5] În limba latină, în textul original = *nu mă atinge*. (Nota trad.)

[6] Edouard Toulouse (1865–1947), psihiatru francez, autor, între altele, al unei cărți intitulate *Le cerveau* (1901). (Nota trad.)

[7] A. Repond, „Quelques remarques sur le traitement de la schizofrenie dans les Asiles“, *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. VIII, 1921.

[8] Să notăm aici că Gilles, deși se servește de o clasificare diferită de a noastră, a insistat recent asupra oportunității externărilor precoce în tratamentul unor tulburări mentale (*Bulletin de la Société médicale de Pan*, septembre, octobre, novembre, décembre 1925).

[9] J. Klaesi, „Einiges über Schizophreniebehandlung“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. 78, 1922.

[10] Psihanalizei, cu alte cuvinte. (Nota trad.)

[11] În limba latină, în textul original = *spiritul locului*. (Nota trad.)

INDICE DE NUME

„Fascinat de filosofia lui Bergson, de «intuiție», Minkowski tinde să vadă în schizofrenie un fel de deficiență a «elanului vital», iar tulburarea definitorie este, în viziunea sa, pierderea contactului vital cu realitatea, «pierdere» care – se cere s-o spunem – se arată a fi mai degrabă un dat original, organic, dacă avem în vedere autismul existent la noii-născuți schizofrenici. Dar, dincolo de culoarea credinței filosofice, cartea lui Minkowski, care nu ignoră psihanaliza, fundamentează solid necesitatea psihoterapiei, demers curativ imperativ în sfera psihozelor (și nu numai a psihozelor), în conjuncție cu chimioterapia, fizioterapia și chiar cerebrochirurgia cu laseri, atunci când situația o impune."

LEONARD GAVRILIU

ISBN 973–98377–7–8